CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABSENCES CONGÉNITALES DU VAGIN

CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE CHIRURGICAL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABSENCES CONGÉNITALES DU VAGIN

CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE CHIRURGICAL

PAR

Melle Marie DUMITRESCU

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

ROYAL

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

AVANT-PROPOS

Depuis la remarquable thèse d'agrégation du regretté Professeur Le Fort (1), les vices de conformation des organes génitaux internes de la femme ont fait l'objet de recherches nombreuses et approfondies, tant en France qu'à l'étranger. Ces recherches ont porté sur la plupart des points de la question, sur la pathogénie, sur la clinique et la thérapeutique de ces malformations. On en trouve un bon exposé dans le *Traité de gynécologie* de M. Pozzi (2). D'excellents, mais trop courts articles, sont consacrés à ce sujet dans la plupart des ouvrages didactiques ; nous citerons particulièrement ceux qui sont dus à la plume de MM. Picqué (3) et Michaux (4).

Mais les vices de conformation du vagin sont le plus souvent, dans les écrits auxquels nous venons de faire allusion, étudiés en bloc ; le même chapitre envisage tout à la fois les atrésies complètes ou incomplètes, les cloisonnements, les anomalies par excès, les simples imperforations, etc., du conduit vaginal.

Nous voulons, dans ce modeste travail, étudier d'une façon plus spéciale les absences du vagin, au sens vrai du

(1) Léon Le Fort, *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*. Thèse d'agrégation en chir. Paris, 1863.

(2) Pozzi, *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 2e édit., p. 1110.

(3) Picqué, in *Encyclopédie inter. de chir.*, tome VII, p. 731.

(4) Michaux, in *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, tome VIII, p. 341.

mot, bien faire ressortir les caractères qui les distinguent des autres atrésies, en particulier des simples imperforations de la membrane hyménéale, puis exposer les phénomènes cliniques auxquels elles donnent lieu, enfin discuter les méthodes de traitement qui leur sont applicables et relater les résultats définitifs auxquels le chirurgien doit s'attendre à la suite de ces interventions.

C'est ce dernier point de vue de la question qui nous arrêtera surtout ; c'est à lui que nous consacrerons la majeure partie des pages qui suivent. Nous croyons ainsi faire œuvre utile. En effet, même dans beaucoup d'ouvrages d'une certaine étendue, la thérapeutique des absences du vagin est traitée en quelques lignes. C'est à des mémoires spéciaux, à des commentaires d'observations qu'il faut avoir recours pour acquérir, à cet égard, des notions précises et détaillées. Cela est si vrai qu'en dehors de la thèse de Baudry (1), nous n'avons trouvé aucun travail s'occupant plus spécialement de la thérapeutique des absences congénitales du vagin. Il faut ajouter, du reste, que les procédés opératoires les plus parfaits datent d'une époque récente et qu'ainsi ce silence, cette pénurie des documents s'expliquent bien naturellement.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas d'absence du vagin dans le service de M. le Dr Gérard-Marchant. Notre maître nous a donné l'idée de partir de ce fait pour étudier cette malformation. C'est lui qui a bien voulu être l'inspirateur de notre thèse. Nous ne savons comment lui exprimer notre profonde reconnaissance et pour l'enseigne-

(1) M. A. Baudry, *De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin*. Thèse de Bordeaux, 1893-94, n° 50.

ment qu'il nous a donné et pour l'amabilité avec laquelle il nous a toujours accueillie.

Nous prions M. le professeur Landouzy et MM. Barth, Rigal, Chauffard, qui nous ont guidée dans nos études cliniques, d'agréer l'expression de notre gratitude.

Que M. le Dr J. Simon, qui nous a initiée aux maladies des enfants, reçoive aussi nos remerciements.

Nous manquerions à notre devoir, si nous ne priions M. le professeur Tarnier et M. le Dr Budin d'accepter le témoignage de notre reconnaissance pour les notions de gynécologie et d'obstétrique que nous avons acquises dans leur service.

A ces noms, nous associons avec un profond sentiment de respect ceux de tous nos maîtres de la Faculté ; et, en notre qualité d'étrangère, nous tenons à exprimer ici notre gratitude à la France, à laquelle nous devons tant.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse : nous apprécions hautement le grand honneur qu'il nous fait, et le prions de recevoir l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Limitation du sujet.

Avant d'entrer en matière, il importe de bien délimiter le sujet que nous nous proposons de traiter.

Les vices de conformation du canal vaginal comprennent, ainsi qu'on le sait depuis les travaux d'A. Nélaton et Le Fort, les abouchements anormaux, les cloisonnements, les oblitérations, les rétrécissements, enfin les absences proprement dites.

Si quelques-unes de ces anomalies se définissent d'elles-mêmes, il en est d'autres au sujet desquelles il est nécessaire de bien s'entendre, sous peine de regrettables confusions.

Ainsi, parmi les oblitérations du conduit vulvo-vaginal, l'une des plus intéressantes est représentée par l'atrésie ou l'imperforation de l'hymen. Une pareille lésion nous paraît anatomiquement et cliniquement bien définie ; elle ne saurait donc rentrer dans le cadre de cette étude. Aussi est-ce par abus de langage que quelques cloisonnements du vagin ou imperforations hyménéales sont rapportés sous le titre d'absences partielles du vagin. Nous formulerons, avec M. Picqué, une semblable objection à l'observation communiquée récemment à la Société de chirurgie par M. Tuffier (1).

(1) Tuffier, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1895, p. 645.

Observation I. — J'ai opéré, dit M. Tuffier, le 7 juin 1892, à l'hôpital Beaujon, une jeune Italienne de 16 ans, dans les conditions suivantes. Cette jeune fille portait depuis plusieurs mois une tumeur abdominale du volume d'une tête de fœtus, siégeant entre le pubis et l'ombilic. Cette tumeur devenait douloureuse et augmentait chaque mois à époque fixe ; la malade n'avait jamais été réglée. Je pense de suite à un hématomètre par imperforation du vagin.

Les organes génitaux externes paraissaient normaux et le toucher vaginal permettait l'exploration d'une cavité limitée par un anneau contractile, serrant un peu le doigt et au fond de laquelle on sentait la tumeur abdominale lisse et arrondie. Je fis mettre une grosse laminaire pour dilater cette cavité avant d'opérer la malade.

Le lendemain, examinant la malade, je vis, en écartant les grandes lèvres, un large orifice dans lequel je ne retrouvai plus la laminaire ; mais, introduisant mon index plus profondément au delà de l'anneau contractile et très dilatable, je retrouvai le corps étranger transversalement placé dans la vessie. Je reconnus alors que le prétendu vagin n'était qu'un urèthre distendu par l'usage, mais continent.

Je pratiquai alors une incision verticale au-dessous de cet urèthre et, après avoir incisé le périnée entre le rectum et la vessie, dans l'étendue de 8 à 10 centimètres, je tombai sur une poche que j'ouvris, que je vidai de ses caillots et que j'abaissai pour venir la suturer à la peau du périnée, autour de mon incision. Ce vagin de nouvelle formation se rétrécit, et, malgré une seconde intervention le 8 novembre 1892, je ne suis arrivé qu'à créer un trajet pour l'écoulement du sang de la menstruation, car ma malade continue à préférer, pour ses rapports sexuels, son ancien urèthre à mon nouveau vagin (1).

Voici maintenant un autre fait, publié par Dixon (2).

(1) Nous avons eu l'occasion de voir la malade de M. Tuffier le 1er mai 1896. Elle a souffert, à la suite de l'intervention, d'incontinence d'urine, qui a disparu par une nouvelle opération. L'urèthre est toujours aussi dilaté. Le résultat définitif est très précaire. La patiente a ses règles, mais l'orifice vaginal est si étroit, qu'il n'admet qu'un stylet.

(2) Dixon, *Medical News*, 25 avril 1888, p. 200.

Observation II. — Elle concerne une jeune fille de 17 ans, souffrant de grandes douleurs pour uriner. Chaque miction dure une demi-heure. Depuis trois ans, elle ressent périodiquement des douleurs dans les fesses et les lombes, se plaint de vives céphalalgies, et la crise se termine par l'expulsion de quelques gouttes de sang. La malade est bien conformée ; les seins, les parties génitales externes bien développés ; le clitoris est rudimentaire. Impossibilité de découvrir un méat urinaire. Par le toucher rectal, on reconnaît l'existence des ovaires et d'un gros utérus. On ne trouve pas d'entrée du vagin. Section verticale des tissus en avant de l'anus ; creusement d'un canal profond de 7 à 8 centimètres ; on arrive ainsi sur l'utérus ; dilatation ultérieure du canal. Depuis, la menstruation s'accomplit d'une façon normale.

Dixon intitule son observation : Absence du vagin. Nous ne pouvons admettre un semblable diagnostic ; en effet, bien qu'il y eût des phénomènes de rétention cataméniale, il est plus exact de ranger ce cas dans ceux que Gaillard Thomas (1) a si bien décrits sous le nom de *stillicidium mensium*, car les crises se terminaient par l'émission de quelques gouttes de sang. Il est plus vrai de dire que la malade de Dixon était atteinte d'une sténose extrêmement serrée du canal vaginal. Il devait en être de même dans le fait relaté par Jacquemard (2) sous le nom d'absence du vagin : la femme, âgée de 21 ans, dont parle cet auteur, prétendait en effet avoir ses règles, mais fort douloureuses et très peu abondantes. Particularités semblables chez la malade de Husband (3). Au même titre, nous croyons devoir critiquer le titre de l'observation de M. Hartmann,

(1) Gaillard Thomas, *Traité des maladies des femmes*, p. 142.

(2) Jacquemard. *Loire médicale*, 15 septembre 1890, p. 229. Le mémoire de Jacquemard contient l'indication à peu près complète des travaux anciens et modernes parus sur les malformations du vagin.

(3) Husband, Atresia vaginae. *Brit. med. Journ.*, 13 décembre 1879, p.937.

rapportée dans la thèse d'Altman (1) sous le nom d'oblitération du vagin. En effet, en parcourant l'histoire clinique, on lit : « On rencontre une cloison complète, déprimée à sa partie moyenne et fermant complètement le vagin ». Et plus loin : « Avec une fine bougie uréthrale, nous trouvons au fond du cul-de-sac rétrohyménéal un petit pertuis. Immédiatement nous passons une série de bougies suivies de dilatateurs d'Hégar, nous évacuons complètement la poche ». Ce n'est donc pas oblitération qu'il faut dire avec Altman, pour être exact et précis. Le fait précédent devrait être intitulé : Rétrécissement très serré ou cloisonnement transversal incomplet du vagin. Je ne rapporterai pas ici des exemples analogues, dont il serait aisé de multiplier le nombre.

Et qu'on ne nous reproche pas d'ergoter sur les mots ni de vouloir nous livrer à des discussions subtiles. La chose a une importance majeure, ainsi que nous le verrons au chapitre du traitement et la terminologie est capitale à spécifier. On comprend, en effet, que des chirurgiens, traitant une absence de vagin qui, en réalité, n'était qu'apparente, aient pu obtenir de brillants résultats, alors que d'autres, en présence d'une atrésie véritable, n'ont enregistré, à la suite de certaines de leurs interventions, que des guérisons relatives ou de réels insuccès.

Il convient donc d'écarter du cadre de notre sujet les rétrécissements étroits, les cloisonnements transversaux du canal vaginal. Mais il reste un point plus délicat à discuter.

(1) Altman, *Contribution à l'étude de la rétention des règles par suite de l'oblitération congénitale du vagin et de son traitement*. Thèse de Paris, 1894, p. 52.

On sait qu'un défaut de coalescence des conduits de Müller peut donner naissance à la formation d'un vagin double, souvent accompagné d'un utérus double ou tout au moins bicorne. Des cas, relativement nombreux, bien étudiés par Breisky (1), ont été signalés, dans lesquels l'un des vagins est oblitéré sur une étendue variable, tandis que l'autre (en général celui de gauche) est perméable dans toute sa longueur. D'où résulte, suivant le degré de l'arrêt de développement, la coexistence possible d'une menstruation assez abondante avec des phénomènes de rétention des règles, avec un hématocolpos et un hématomètre latéraux. On ne saurait contester que, dans ce cas particulier, le vagin soit au moins partiellement absent ; mais les phénomènes cliniques sont assez spéciaux, la thérapeutique est trop particulière. Et il nous semble, après mûre réflexion, qu'il y a lieu de séparer totalement les cas de ce genre de ceux dans lesquels le chirurgien cherche à créer de toutes pièces un vagin artificiel.

Après élimination de tous ces états morbides, susceptibles à la rigueur de simuler une absence du vagin, il est facile de spécifier ce que nous comprendrons sous ce dernier terme. Il doit désigner tout défaut total ou partiel de ce conduit, que celui-ci manque réellement ou qu'il soit remplacé par une cloison pleine intermédiaire au rectum et à la vessie.

Dans le chapitre II, relatif à l'anatomie pathologique, nous nous expliquerons plus complètement à cet égard. Le chapitre III comprendra quelques considérations étio-

(1) Breisky, Die Krankh. der Vagina. *Deutsche Chir.*, Lief 60, p. 14.

logiques et pathogéniques. Le chapitre IV sera consacré à l'étude des signes sensibles et rationnels. Nous exposerons ensuite (chap. V) quelques particularités relatives au diagnostic des différentes variétés d'atrésies congénitales du canal vulvo-vaginal. Enfin et avant tout (chap. VI), nous nous proposons de décrire les méthodes thérapeutiques, de discuter leur valeur, d'établir leurs indications et leurs contre-indications.

Dans les lignes qui suivent, nous ne nous appuierons que sur les observations les plus récentes, et nous relaterons en particulier celles dans lesquelles le chirurgien est intervenu pour créer de toutes pièces un vagin artificiel. Nous croyons qu'il y a intérêt à procéder de cette façon. C'est dire que, pour les indications bibliographiques antérieures, nous renverrons au travail déjà cité de Le Fort, au mémoire de Jacquemard et à la bonne thèse soutenue par Goy (1). Nous n'emprunterons à ces auteurs que les faits qui nous paraissent les plus intéressants et les plus démonstratifs.

Nous rapporterons avec détails quelques observations, spécialement celles dans lesquelles leurs auteurs ont imaginé de nouveaux procédés opératoires. Nous ne donnerons qu'en abrégé celles qui ne se distinguent par aucun point original. Baudry, dans sa thèse, ne relate que douze faits (2), d'intérêt d'ailleurs très inégal. Ses recherches n'ont pas été bien complètes ; car, sans pousser très à fond

(1) Goy, *De l'absence congénitale du vagin. Pathogénie et traitement.* Thèse de Paris, 1880, n° 25.

(2) Encore une de ces observations concerne-t-elle une atrésie acquise du vagin.

nos investigations, il ne nous a pas été difficile d'en recueillir un plus grand nombre.

Il est enfin plusieurs absences congénitales du vagin, dont la littérature médicale fait mention ; mais nous n'avons pu nous en procurer les observations détaillées. Elles n'ont donc pu être utilisées par nous dans le cours de ce travail. Voici seulement, à titre de renseignement, leur indication telle que nous l'avons trouvée dans « l'*Index medicus* ».

Buckens. — Absence presque complète et développement rudimentaire du vagin avec hématomètre. *Journ. d'accouch. Liège*, 1894, XV, p. 205.

Burton. — Absence of vagina and uterus. *Liverpool Med. Chir. Journ.*, 1883, III, p. 254.

Carter. — Absence of the vagina ; uterus distended by retained menstrual fluid ; operation ; recovery. *Obs. Journ. Great. Brit.*, 1880, VIII, p. 736-738.

Cullingworth. — Two cases of occlusion of the vagina with retention of menstrual fluid. *Med. Chronicle*, Manchester, 1887, VI, 450-462.

Dandois. — Absence partielle du vagin. Rétention du flux menstruel ; opération ; guérison. *Rev. Méd. Louvain*, 1888.

Eder. — Absence de vagin et d'utérus. *Aerztlicher Bericht des KK. Allgem. Krankenhauses zu Wien*, 1878, p. 123.

Femulgi. — Notes on a case of congenital absence of uterus, ovaries and vagina. *Transact. Med. et Phys. Soc*, Bombay, 1883, p. 88-90.

Fergusson. — Absence of vagina uterus, ovaries ; enormous dilatation of urethra without incontinence (in a prostitute). *Planet. New-York*, 1883, p. 25.

Frissel. — A case of absence of vagina ; uterus and ovaries. *Transact. of Med. soc. Virgin.*, 1884, XVII, p. 143.

Gache. — Absence congénit. du vagin. Opérat. autoplastique. *Ann. de chir. de Buenos-Ayres*, 1890.

Gaide. — Cas d'absence cong. du vagin. *Austral. Med. Gaz.*, 1889-90, IX, p. 307.

Galabin. — Traitement opératoire de l'absence congénitale du vagin. *Obstetric. Journ. of Great. Brit. et Ireland*, 1879.

Guice. — A case of congenital absence of the uterus. *Obst. Gaz. Cincin.*, 1882, V, p. 291.

Griswold. — Absence du vagin, de l'utérus et des ovaires. *N.-Y. Obst. Soc.*, octobre 1884.

Hall. — Case of entire absence of the vagina. *Proc. Oregon M. Soc. Portland*, 1887, XIII et XIV, p. 127-129.

Hubergritz. — De l'atrésie vaginale. *Allg. Med. Centr. Ztg.* ,30 juillet 1890.

Hutchins. — Formation d'un vagin artificiel avec complication de fistule vésico-vaginale. *Western Lancet*, San-Francisco, 1890.

Klein. — Absence totale de l'utérus et du vagin. *Gaz. Méd. Strasbourg*, mai 1885.

La Torre. — Cas d'absence cong. de l'utérus et du vagin au point de vue thérap. *Bull. di Accad. Roma*, 1891-92.

Mangiagalli. — Mancanza della vagina ; voluminoso fibroma di un corno uterino, — esportazione mediante laparotomia ; morte. — *Atti de Ass. med. lomb.*, Milano, 1892, p. 32-37.

Martin. — Absence of vagina ; cyst of vulvo-vaginal gland ; bilateral laceration of cervix ; fibroïd of uterus causing menorhagia. *Americ. J. of Genecol.*, Toledo, 1892, p. 287-291.

Michailoff. — Cas rare d'anomalie vaginale. *Med. obozr*, Mosk., 1888, XXIX, p. 36-38.

Neugebauer. — *Des déformations acquises et cong. du vagin. Rétrécissement. Absence ou dualité.* In-8°, 223 p., Berlin, 1895.

Oyden (De Toronto). — Absence de vagin et d'utérus. *The Canada Lancet*, 187

Pascale. — Atrésie (absence complète) du vagin. *Riforma Medica*, 2 janvier 1890.

Saehrendt. — *Missbildungen der Vagina*, Inaug. Diss. Greifswald, 1891.

Subbotic. — Cas d'atrésie vaginale congénitale. *Gyogyast.*, 1889, n° 7.

Taylor. — Congenital deficiency of the internal generative organs with imperfect development of the vagina. *Univ. Med. Mag.*, Philad., 1888-89, I, p. 643.

Valcarel. — Ausencia de la vagina. *Corres. Med. Castellano*, Salamanca, 1885, II, p. 746-649.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Les documents dont nous disposons ne sont pas encore assez nombreux pour nous permettre de tracer l'histoire anatomique détaillée des absences vraies du vagin. Quelques autopsies seulement ont été pratiquées avec un soin suffisant. La plupart des renseignements ont été recueillis au cours des opérations parfois complexes que réclame cette variété de gymnatrésie.

Pour mettre un peu d'ordre dans cet exposé, nous envisagerons tout d'abord l'anomalie vaginale en elle-même ; nous décrirons ensuite l'état des parties génitales externes et surtout celui des organes génitaux profonds (utérus et annexes). Nous dirons enfin quelques mots des lésions concomitantes ou consécutives.

I. — État du vagin.

La plupart des auteurs distinguent deux espèces de malformations, selon que le conduit vaginal manque dans sa totalité ou sur une partie seulement de son étendue. Il y a lieu de maintenir cette distinction et même, à notre avis, de l'accentuer encore davantage, ainsi que nous le démontrerons plus loin.

1° **Absences partielles du vagin.** — D'après les obser-

vations, il semble qu'on doive distinguer 3 variétés bien nettes.

a) Le vagin peut faire défaut dans sa partie inférieure seulement. L'étendue de l'oblitération varie de 2 à 3 centimètres, mais il faut qu'elle acquière une certaine épaisseur pour qu'on puisse prononcer le mot d'absence réelle.

On comprend en effet, qu'entre celle-ci et le simple cloisonnement, on observe tous les intermédiaires et que la terminologie de ces états morbides varie d'un auteur à l'autre. Cette espèce de gymnatrésie semble être la plus commune parmi celles que nous décrivons ici ; elle est signalée par M. le Professeur Duplay (1) sous le nom d'imperforation de la partie antérieure du vagin. Nous la désignerons sous le nom d'*absence partielle antérieure*. Elle ne doit pas, comme nous aurons soin de le spécifier plus loin, être confondue avec une simple imperforation de la membrane hyménéale.

b) Dans d'autres cas, moins fréquents, nous sommes en présence d'une *absence partielle postérieure* : le vagin est alors oblitéré à sa partie profonde, au voisinage du col utérin. C'est, pour Duplay, l'imperforation de la partie postérieure du vagin.

c) Sur la foi des auteurs, on décrit enfin une *absence intermédiaire* ; elle consiste en ce fait qu'à sa partie moyenne le vagin est occupé par un cordon fibreux, en avant et en arrière duquel existent deux cavités distinctes. Cette variété doit être bien exceptionnelle. Nous n'avons pu en recueillir aucune observation probante. Aucun exem-

(1) Follin et Duplay, *Traité de pathol. ext.*, t. VII, p. 560.

ple détaillé n'en est donné dans les ouvrages si documentés de Cruveilhier (1), de Klob (2) et de Schroeder (3) et les faits mentionnés par Thompson (4), Charrier (5), Steiner (6) sont susceptibles d'une autre interprétation. Il nous semble que, dans bien des circonstances, cette variété doit être confondue avec les imperforations de la partie antérieure du vagin. Il y aurait donc, jusqu'à un certain point, avantage à la supprimer et à n'admettre comme bien établies que les absences partielles antérieure et postérieure.

Ces anomalies de formation, qu'elles occupent le tiers antérieur, le tiers moyen ou le tiers postérieur du conduit vaginal, se présentent en général sous l'aspect suivant : La cavité du canal est remplacée par une portion pleine, consistant en du tissu fibreux ou même fibro-musculaire, d'épaisseur variable, qui maintient l'un contre l'autre vessie et rectum. Le reste du vagin offre sa structure habituelle. Lorsque l'absence partielle est tout à fait antérieure, il est de règle que le conduit soit, en arrière de l'obstacle, le siège d'une dilatation qui augmente avec le temps.

Cette dilatation peut même acquérir de très grandes dimensions ; il se forme ainsi une poche, dans laquelle on rencontre ordinairement du sang plus ou moins altéré, coagulé, brunâtre, quelquefois du mucus ou du pus. Ces particularités devront d'ailleurs nous occuper plus loin. Je ne fais pour l'instant que les signaler.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 1849, tome I, p. 295.

(2) Klob, *Path. Anat. der weibl. Sexualorgane*, 1864, p. 65.

(3) Schrœder, *Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane*, 1884, p. 477.

(4) Thompson, *Dublin Hop. Gaz.*, 15 juin 1856.

(5) Charrier, *Gaz. des hôp.*, 1866, n° 71.

(6) Steiner, *Wien. med. Wochensch.*, 1871, n° 29.

Dans les occlusions portant sur la partie profonde du vagin, la partie antérieure, restée perméable du conduit, est généralement rétrécie. Elle se présente sous l'aspect d'un cul-de-sac, dont la profondeur varie de 2 à 3 centimètres. Ce cul-de-sac est limité de toutes parts par une membrane muqueuse d'aspect normal. Parfois cependant le fond du recessus apparaît revêtu d'une couche lisse, blanche, nacrée, résistante, ou, au contraire, inégale et réticulée, comme cicatricielle.

2° **Absences totales.** — Ces gymnatrésies sont bien plus rares que les précédentes. Il faut, ainsi que le fait très bien Pozzi, leur distinguer deux états anatomiques différents :

a) Tantôt il n'existe nulle trace de tissu entre la vessie et le rectum ; ces deux organes sont immédiatement accolés. Le corps périnéal est développé en avant seulement et s'étend de la fourchette jusqu'à l'anus.

Le *vagin est alors réellement absent*. La chose est formellement notée dans les observations de Polaillon (p. 84), de Snéguireff, de Reeve, etc. (p. 80 et 125).

b) Tantôt le vagin existe ; mais sa cavité tout entière est comblée. Du museau de tanche à la vulve s'étend un cordon plus ou moins bien développé, formant cloison entre la vessie et le rectum. Il est parfois réduit à quelques traînées de tissu lamelleux ; parfois il consiste en un tissu spongieux aréolaire (Ellis, obs. p. 105). Plus souvent, il est constitué par du tissu fibreux dans lequel Picqué signale l'existence d'éléments contractiles. Cet état est connu sous le nom de *développement rudimentaire du vagin*. Il semble, d'après nos observations, plus commun que l'absence vraie.

En effet, compulsant à ce point de vue les diverses observations (1) qui figurent dans ce travail, voici le chiffre que nous obtenons :

Absence partielle antérieure, huit.

Absence partielle postérieure, cinq.

Absence totale vraie, dix.

Développement rudimentaire du vagin, dix-neuf.

II. — État des organes génitaux externes.

Il est très commun que les parties génitales externes soient conformées d'une façon absolument normale. Le fait est expressément consigné dans bon nombre d'observations. Dans ces cas le mont de Vénus est bien développé, garni de poils abondants; la vulve a son aspect ordinaire; les grandes et les petites lèvres sont bien faites, le clitoris existe. Souvent, à l'inspection rapide, rien ne traduit à l'extérieur l'anomalie du canal vaginal. Ajoutons, en outre, que dans nombre de cas, on trouve l'hymen parfaitement normal. En arrière de celui-ci, existe parfois une dépression infundibuliforme.

Dans des cas moins fréquents, les organes génitaux externes offrent, si je puis m'exprimer ainsi, de petits vices de conformation ; ils ont gardé le type infantile. Les grandes et surtout les petites lèvres sont exiguës, le clitoris est à peine marqué.

Enfin, dans des circonstances exceptionnelles, on trouve un arrêt de développement réel des organes génitaux ex-

(1) Je laisse à dessein de côté quelques faits antérieurs et anciens, dus à Broca, Féré etc., qu'on trouve bien décrits dans la thèse de Goy (1880, Paris).

ternes. C'est ainsi qu'il y avait absence de vulve chez la malade de Polaillon et chez celle dont Da Costa rapporte l'histoire. Ce fait est utile à mentionner, car un examen superficiel pourrait aisément faire porter un diagnostic erroné.

III. — État des organes génitaux profonds.

Pour plusieurs raisons symptomatiques et thérapeutiques, il est capital d'apprécier exactement leur état. Nous le décrirons d'abord ; nous étudierons ensuite les relations que présente cet état des organes génitaux internes avec la variété d'atrésie vaginale.

A. **Utérus.** — La matrice est parfois bien développée et elle peut même être distendue par un épanchement sanguin. Mais, dans nombre de cas, elle est réduite dans ses dimensions ou altérée dans sa forme.

C'est ainsi que Gallard, dans son *Traité des maladies des femmes*, représente un bel exemple d'utérus rudimentaire. Il forme un simple cordon fibreux transversal, d'où partent de chaque côté des trompes et des ovaires assez bien développés.

Il en est de même dans le fait suivant dû à Heitzmann (1).

Il concerne une jeune fille de 21 ans qui n'avait jamais été réglée. Les organes génitaux externes présentaient le type infantile. Pas d'hymen. En arrière de l'orifice vulvaire existait un cul-de-sac profond de 3 cent. 1/2, auquel faisait suite un cordon fibreux du volume du liga-

(1) Heitzmann, *Wien. Med. Presse*, 1884, p. 367.

ment rond, long de 5 à 6 centimètres, interposé à la vessie et au rectum. A l'extrémité supérieure de ce cordon était inséré un petit corps dur, long de 3 centimètres, large de 2, et épais de 1 cent. 1/2. Les ovaires étaient atrophiés.

Voici un autre cas relaté par Heilbrunn (1).

A. M..., 23 ans, jamais réglée. Mamelles, grandes et petites lèvres bien développées. A l'inspection de la vulve, on voit une ouverture grosse comme un petit pois ; en faisant pénétrer le petit doigt dans cet orifice, on tombe dans une cavité spacieuse. Le périnée s'étend du méat jusqu'à l'anus. Il y a donc absence complète de vagin. A l'extrémité profonde de celui-ci, existe un corps dur, du volume d'une petite pomme : c'est l'utérus rudimentaire. A gauche, ovaire normal. A droite, les annexes ne sont représentées que par deux cordons se portant vers la fosse iliaque.

Nous pourrions sans peine multiplier ces exemples ; et nous renvoyons aux observations de notre thèse pour quelques points de détails, relatifs au siège occupé par l'utérus. L'organe peut ne pas rester médian ; lors d'absence unilatérale des annexes, il est en général attiré par l'ovaire et le ligament rond existants de leur côté ; il peut ainsi être caché derrière le pubis tout contre la branche horizontale (observation de Delagénière).

Dans d'autres circonstances, la matrice est si réduite dans son volume qu'elle semble faire défaut et beaucoup d'observations sont intitulées : absence de vagin et d'utérus.

Mais que faut-il penser de cette absence de la matrice ? Est-elle réelle ou apparente, autrement dit le tissu utérin

(1) Heilbrunn, *Centralb. f. Gynäkol.*, 1887, n° 37, p. 760.

fait-il totalement défaut ou bien l'organe de la gestation est-il si exigu qu'il échappe aux investigations ? Il est difficile de se prononcer. Cependant il est juste de dire que, d'après les observations que nous avons compulsées, l'absence réelle de l'utérus n'est pas démontrée d'une façon incontestable. Cette opinion est également celle que professent Léopold (1) et Fritsch (2). Dans le cas de Dylenfurth (3), on a trouvé un petit utérus, bien que le vagin et les ovaires fissent complètement défaut.

Lund (4) a rapporté l'histoire d'une jeune fille de 18 ans, atteinte d'absence du vagin et de hernie inguinale de l'ovaire gauche. Elle n'avait jamais été réglée ; le toucher rectal, la palpation hypogastrique semblaient indiquer que l'utérus manquait complètement. Et cependant, à l'autopsie, on le trouva sous forme d'un petit corps dur, du volume d'une noix. Il en est de même pour la malade de Campbell (5) ; on pensait que l'absence du vagin coïncidait avec un arrêt complet de développement des organes génitaux internes ; l'autopsie démontra l'existence d'un utérus rudimentaire, dans lequel se jetaient des trompes bien formées ; les ovaires étaient petits et indurés, en situation normale.

Dans une belle observation, Nicaise (6) nous montre également que l'absence de l'utérus n'est pas absolue et que l'organe de la gestation est représenté par une lamelle d'une certaine épaisseur. Voici ce fait que nous reproduisons en détail, car l'autopsie a été faite avec soin.

(1) Léopold, *Arch. f. Gynäkol.*, 1879, XIV, p. 378.
(2) Fritsch, *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*, 1884, p. 165.
(3) Dylenfurth, *Centralb. f. Gynäkol.*, 1884, n° 25.
(4) Lund, *Norsk Magaz. f. Lägevid*, 1889, 48 arg., p. 902.
(5) Campbell, *Journ. of Anat. and Physiolog*, 1885-86, XX, p. 693.
(6) Nicaise, *Arch. de tocologie*, 1876, p. 181.

C..., âgée de 18 ans, entre le 29 novembre 1862 à l'hôpital de Lourcine. Tempérament lymphatique. La malade est atteinte de syphilis. Elle a eu quelques rapports sexuels depuis 2 ans, le dernier il y a 4 mois ; ils furent toujours douloureux.

Les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés ; sur la grande lèvre droite, plaque muqueuse indurée ; sur la peau, roséole maculeuse généralisée. Uréthrite subaiguë avec écoulement purulent.

La malade n'a jamais eu ses règles et n'a jamais ressenti les signes de la menstruation. Les seins sont peu développés.

Le vagin est complètement imperforé. On reconnaît les débris de la membrane hymen, puis, à 4 ou 5 millimètres en arrière, existe une membrane rosée, fibro-élastique, qui se laisse déprimer de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres.

En déprimant ce cul-de-sac, en même temps qu'on pratique le toucher rectal et qu'une sonde est introduite dans la vessie, on reconnaît que les tissus qui séparent la sonde du doigt placés dans le rectum sont très minces ; on ne trouve pas d'utérus. Il semble qu'il y a un tissu cellulaire assez lâche entre vessie et rectum et que la membrane du cul-de-sac s'enfonce dans ce tissu. Verneuil et Goupil, qui ont examiné la malade, pensent qu'il y a atrésie du vagin et de l'utérus.

La malade meurt de fièvre typhoïde.

Autopsie. — L'utérus manque ; on trouve à sa place une lamelle de quelques millimètres d'épaisseur.

Les deux ovaires existent, ils ont un volume normal ; ils sont à 1 cm. 1/2 de l'orifice interne du canal inguinal.

Les deux ligaments ronds sont très volumineux ; ils dépassent le volume d'une plume d'oie ; ils sont réunis sur la ligne médiane par la lamelle qui remplace l'utérus. Les trois ailerons du ligament large n'existent qu'à l'extrémité de chaque ligament rond. En ce point, on trouve le ligament, l'ovaire et le pavillon de la trompe, seule partie de cet organe qui existe. Ces ailerons se continuent avec la lamelle médiane par un bord uni, arrondi.

Il faut donc accepter que l'absence réelle de l'utérus est tout à fait problématique. Nous n'irons cependant pas, avec

Kussmaul (1) et Rossignol (2), dont Baudry semble partager la manière de voir, jusqu'à prétendre qu'un semblable vice de conformation soit incompatible avec la vie, qu'il s'accompagne du côté des viscères (cœur, cerveau, etc.) de monstruosités telles que le fœtus meurt à la naissance. Quoi qu'il en soit, ce point réclame de nouvelles recherches.

Mais il n'en paraît pas moins bien établi que, dans les cas d'absence de vagin, l'utérus existe d'une façon à peu près constante, bien qu'à l'état de développement rudimentaire.

Se peut-il qu'après la création du canal vaginal, la matrice reprenne son fonctionnement et se développe davantage ? La chose est fort possible, et on ne saurait révoquer en doute l'importante observation d'Emmet. Ce chirurgien rapporte en effet un cas dans lequel l'utérus se développa, malgré l'insuccès de l'opération faite en vue de découvrir une trace de l'organe.

Mais il faut nous hâter d'ajouter qu'une éventualité aussi heureuse est tout à fait exceptionnelle ; bon nombre de gynécologistes, d'une vaste expérience, ne l'ont pas rencontrée.

Il peut arriver aussi que l'utérus soit le siège d'anomalies de forme. Ainsi, dans le fait de Rymarkiewicz (3), relatif à une occlusion congénitale partielle postérieure du vagin avec arrêt de développement des organes génitaux

(1) Kussmaul, *Vom Mangel der Gebärmutter*, Inaug. Dissert. Wurzbourg, 1859.

(2) Rossignol, *De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus*. Th. de Paris, 1890.

(3) Rymarkiewicz, *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1889, p. 137.

externes, l'utérus était petit, bipartite avec corne droite plus développée. Fehling (1) a opéré une femme de 21 ans, qui, depuis 18 mois, souffrait de rétention menstruelle ; le vagin était réduit à un cul-de-sac de 2 centimètres ; Fehling crut devoir intervenir par la castration, au cours de laquelle il constata un utérus bicorne, privé de col.

Pratiquant une laparotomie pour absence du vagin et molimen menstruel, Frommel (2) a rencontré un utérus *unicornis partim excavatus cum rudimento solido cornu alterius*. Schæffer (3) a fait une constatation analogue.

Nous citerons encore plus loin des cas semblables. Il arrive d'ailleurs assez souvent que la matrice, suffisamment développée dans son corps, soit notablement atrophiée dans sa partie cervicale. Il n'est nullement rare que le col utérin soit imperforé, et, d'après notre impression personnelle, cet accident est presque de règle, lorsque le vagin est le siège d'une absence totale (vraie ou développement rudimentaire).

Lorsque l'utérus existe, il n'est pas toujours imperforé, on a cité des abouchement anormaux. Je rapporterai plus loin le fait remarquable de Tillaux. Dans d'autres cas, la matrice s'ouvre dans le rectum ; Bernutz (4), Barnes (5) et d'autres auteurs ont en effet cité des cas de fécondation et d'accouchement par la partie terminale de l'intestin. On a vu le museau de tanche s'ouvrir dans la vessie et Gooding (6)

(1) Fehling, *Med. Correspondbl. des Würtemb. ärztl. Vereins*, 1886, p. 21.

(2) Frommel, *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1890, p. 527.

(3) Schæffer, *Arch. f. Gynäkol.*, 1890, tome 37.

(4) Bernutz, *Confér. clin. sur les maladies des femmes*, 1888, p. 49.

(5) Barnes, *Diseases of women*, 1878, p. 222.

(6) Gooding, *The Lancet*, 23 mars 1879, I, p. 430.

a observé une femme mariée, chez laquelle la menstruation et la copulation s'effectuaient par l'urèthre.

B. **Trompes.** — Leur état n'a pas toujours été bien précisé. Je n'ai pu trouver dans les observations que peu de renseignements, qui sont consignés dans le tableau ci-dessous. Il va sans dire que j'ai ici en vue surtout les trompes de Fallope non dilatées, car leur état, lorsqu'il y a rétention des règles, est actuellement bien connu, sans que je puisse ajouter le moindre point nouveau. J'aurai à revenir, à propos de la symptomatologie, sur l'hématosalpingite et sur ses conséquences possibles.

C. **Ovaires.** — Etant donnée l'origine embryonnaire différente de l'utérus et des ovaires, on comprend, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, que la malformation du premier de ces organes n'implique en aucune façon celle des seconds et réciproquement. Certes il arrive, dans bon nombre de cas, que toutes les parties génitales internes soient frappées d'un arrêt dans leur évolution fœtale et, à cet égard, je rappelle les faits de Chadwick, Schlesinger, Snéguireff, Lanelongue et Faguet (voir plus loin).

Mais souvent, lorsque la matrice est absente ou rudimentaire, les ovaires sont bien formés et même en état de fonctionner. D'autres fois, ils font défaut ou sont à peine marqués. Parfois, ils manquent d'un côté seulement. Rarement hypertrophiés, il est assez fréquent de les trouver petits, ratatinés, aplatis, ou même réduits à des cordons, dans lesquels le microscope seul décèle la trace de leur tissu.

Les ovaires ne sont pas sujets seulement à des anomalies de forme et de volume, mais à des anomalies de siège. C'est ainsi que Delagénière (voir obs. p. 110) les a trouvés

hors du petit bassin, sur le côté externe des vaisseaux iliaques. Celui de droite était caché sous le cœcum, celui de gauche sous l'S iliaque.

De là, à la hernie vraie de l'ovaire il n'y a qu'un pas et, de fait, une semblable ectopie a été fréquemment constatée. Cette hernie congénitale de l'ovaire peut être bilatérale ou unilatérale. Elle est à peu près toujours inguinale. Quelquefois elle est accompagnée du déplacement des trompes ou des cornes utérines. M. Schwartz a observé un fait intéressant dans lequel il y avait une hernie inguinale des deux canaux de Müller et Roux intitule son observation : Vice de conformation par aberration inguinale des deux moitiés utérines (p. 112 et 116).

D. **Relation des lésions utéro-ovariennes avec l'absence du vagin.** — D'après l'ensemble des lésions, envisagées en bloc, tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, ainsi Klob, Schrœder, Veit (1), ont établi un certain nombre de catégories.

Le Fort (2) distingue les états suivants :

1° Absence complète de l'utérus et du vagin avec existence normale des parties génitales externes ;

2° Absence du vagin avec intégrité de l'utérus et parfois de la portion utérine du vagin ;

3° Terminaison du vagin en cul-de-sac à une profondeur plus ou moins grande, avec absence ou atrophie de l'utérus.

Levrat (3) n'admet que les deux états suivants, en s'appuyant surtout sur les phénomènes cliniques :

(1) Veit, *Krankh. der Weibl Geschlechtsorgane*, 1867, p. 532.
(2) Le Fort, *Précis de médecine opératoire*, 9e édit., II, p. 698.
(3) Levrat, *Dict. de Jaccoud*, art. vagin, tome 38, p. 67.

1° Organes génitaux externes bien conformés, dépression vulvaire plus ou moins prononcée ; mais l'utérus manque ou est atrophié ;

2° Organes génitaux externes formés ; la partie inférieure du vagin n'existe pas ou est peu marquée ; la partie supérieure existe avec un utérus.

Il est évident que beaucoup de faits rentrent dans l'une de ces catégories. Mais tous ne sauraient y prendre place. Dans le but d'étudier, d'une manière plus approfondie qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, ce point de vue intéressant de la question, nous avons pensé compulser les observations cliniques qui nous ont semblé les plus précises et quelques relations d'autopsie, pour voir si nous ne pourrions déduire de cet examen comparé quelques notions utiles au point de vue thérapeutique.

Dans ce but, nous avons dressé le tableau suivant : nous ferons remarquer que le mot absence de l'utérus doit être interprété avec les restrictions ci-dessus indiquées. Les barres signifient que l'observation ne fait pas mention de l'état de l'organe correspondant.

Auteurs	Vagin	Organes génitaux externes.	Utérus.	Ovaires.	Trompes.
1. **Gallard**, *loc. cit.*	Absence totale.	Bien conformés.	Rudimentaire.	Assez bien formés.	Assez bien formées
2. **Heitzmann**, *loc. cit.*	Absence partielle postérieure.	Type infantile.	Rudimentaire.	Petits.	—
3. **Heilbrunn**, *loc. cit.*	Absence totale.	Bien formés.	Rudimentaire.	Normal à gauche, réduit à droite, à un cordon fibreux.	—
4. **Dylenfurth**, *loc. cit.*	Absence totale.	Bien formés.	Petit.	Absents.	Absentes.
5. **Lund**, *loc. cit.*	Absence totale.	Bien formés.	Rudimentaire.	Existaient à gauche, hernie inguinale.	Existent.
6. **Campbell**, *loc. cit.*	Absence totale.	—	Rudimentaire.	Petits.	Bien formées.
7. **Rymarkiewicz**. *loc. cit.*	Absence partielle postérieure.	Bien formés.	Utérus petit bicorne.	—	—
8. **Fehling**, *loc. cit.*	Absence partielle postérieure.	Bien formés.	Utérus bicorne privé de col.	Bien formés.	Bien formées.
9. **Chadwick**, *Boston Med.journ.*, 1886, I, p. 505.	Absence totale.	Bien formés.	Absence.	Absents.	Absentes.
10. **Chadwick**, id.	Absence totale.	Bien formés.	Vestige.	Absents.	—
11. **Swiecicki**, *Wien. Med. Blätter*, 1891, p. 85.	Absence totale.	Bien formés.	Absence.	Existe à droite, manque à gauche.	—
12. **Nicaise**, *loc. cit.*	Absence totale.	Bien formés.	Réduit à lamelle.	Normaux.	Réduites à leur pavillon.
13. **Dolbeau**, p. 78.	Absence partielle antérieure.	Bien formés.	Normal.	Existent.	—
14. **Schlesinger**, p. 107.	Absence totale.	Normaux.	Absent.	Absents.	—
15. **Drouin**, p. 120.	Absence totale.	Normaux.	Très incomplètement développé.	Normaux.	—
16. **Mollière**, p. 82.	Absence antérieure.	Normaux.	Bien développé.	Normaux.	Normales.
17. **Polaillon**, p. 84.	Absence complète.	Absence de vulve.	Existe, rudimentaire.	—	—
18. **Picqué**, p. 108.	Absence totale.	Bien configurés.	Rudimentaire.	Normaux.	Normales.
19. **Reeve**, p. 80.	Absence partielle antérieure.	Normaux.	Existe.	Existent.	Existent.

18. **Plogué**, p. 100.	Absence totale.	Bien configurés.	Rudimentaire.	Normaux.	Normales.
19. **Reeve**, p. 80.	Absence partielle.	Normaux.	Absent.	—	—
25. **Fulton**, p. 102.	Absence complète.	Normaux.	Paraît manquer.	Paraissent manquer	—
26. **Grandin**, p. 102.	Absence complète.	Normaux. Bassin infantile.	Rudimentaire.	—	—
27. **More Madden**, p. 93.	Absence partielle antérieure.	Normaux.	Dilaté.	Existent.	—
28. **Tédenat**, p. 81.	Absence partielle postérieure.	Normaux.	Piriforme.	Existent.	—
29. **Azéma**, p. 89.	Absence complète.	Bien conformés.	Utérus existe sauf le col.	Existent.	Existent.
30. **Gérard Marchant**, p. 94.	Absence totale.	Bien formés.	Rudimentaire.	Minuscules.	—
31. **Schwartz**, p. 112.	Absence totale.	Bien conformés.	Absent.	Existent en hernie inguinale.	Hernie inguinale des canaux de Muller.
32. **Da Costa**, p. 80.	Absence antérieure.	Absence de vulve.	Bien formé.	Existent.	—
33. **Frank**, p. 54.	Absence partielle antérieure.	Normaux.	Bien développé.	Bien développés.	Existent.
34. **Albertin**, p. 101.	Absence totale.	Bien formés.	Absent.	L'ovaire droit seul paraît exister.	—
35. **Boursier**, p. 64.	Absence totale.	Vulve et clitoris peu développés, hymen complet.	Rudimentaire et sans col.	Normal à droite, manque à gauche.	Normale à droite, manque à gauche.
36. **Currier**, p. 66.	Absence partielle postérieure.	Normaux.	Existe.	Normaux.	Existent.
37. **Villar**, p. 118.	Absence totale.	Normaux.	Atrophié.	Absents.	Manquent.
38. **Segond**, p. 98.	Absence complète.	Mal développés.	Absent.	Manquent.	—
39. **Decio**, p. 53.	Absence antérieure.	Normaux.	Existe.	Normaux.	Bien développées.
40. **Lanelongue-Faguet**, p. 114.	Absence totale.	Normaux.	Absent.	Absents.	Absentes.
41. **Roux**, p. 116.	Absence totale.	Normaux.	Aucun vestige.	Ovaires en hernie inguinale.	Normales.
42. **H. Delagénière**, p. 101.	Absence presque totale.	Bien conformés.	Rudimentaire.	Ectopie inguinale.	Existent d'un côté.

(1) Les chiffres de la page renvoient aux pages du présent travail.

Ce tableau nous paraît d'une étude pleine d'intérêt. Il montre tout d'abord qu'on ne doit pas, dans la classification des lésions, tenir compte, autant que le font certains auteurs, de l'état des organes génitaux externes. En effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, leur intégrité ou leur développement à peu près parfait est la règle presque constante. Aussi ne peut-on de leur état, inférer aucune déduction sur la configuration des organes profonds, sur la variété d'anomalie vaginale ou utérine.

En détaillant davantage le résultat de ce tableau, nous arrivons à apprécier assez exactement l'état des parties génitales profondes.

Dans les 8 cas d'absence partielle antérieure du vagin, nous constatons que :

L'utérus manque ou est rudimentaire, une fois.

L'utérus est bien développé, 7 fois.

Dans les 5 cas d'absences partielles postérieures du vagin, nous trouvons :

L'utérus petit, bicorne, deux fois.

L'utérus manque, une fois.

L'utérus est bien développé, deux fois.

Dans les 29 absences vaginales totales :

L'utérus manque ou est rudimentaire, 27 fois.

L'utérus est bien développé, une fois.

Le corps existe, le col manque, une fois.

En résumant les conclusions de ce tableau, nous voyons qu'en définitive l'utérus est rudimentaire ou absent dans 27 sur 29 des absences totales du vagin.

Dans les absences partielles, superficielles ou profondes,

de ce conduit, l'organe de la gestation existe, au contraire, 11 fois sur 13. Qu'on veuille bien se reporter aux observations qui sont consignées plus loin dans notre travail, et l'on verra qu'en effet les atrésies larges du vagin sont celles qui ne s'accompagnent à peu près jamais de phénomènes de rétention menstruelle ; tandis que c'est l'inverse pour les vices de conformation limités à une partie du conduit.

On peut donc énoncer en principe que l'arrêt de développement frappant toute la longueur du canal vaginal est presque toujours combiné à une absence de l'utérus ou tout au moins à un état tellement rudimentaire de celui-ci, qu'il est incapable de fonctionner, et que cette variété d'atrésie vaginale ne s'accompagne à peu près jamais des accidents de la rétention des règles. Cette donnée justifie amplement la pratique de bon nombre d'opérateurs qui, jusqu'à une époque récente, se refusaient à considérer, dans ce cas, comme justifiable la création d'un conduit vaginal artificiel.

Néanmoins quelques-unes de ces malades souffrent au moment des périodes cataméniales ; elles éprouvent tous les phénomènes du molimen menstruel, mais sans qu'il se forme en amont de l'obstacle une poche sanguine. Il nous semble que si, dans ces cas, la matrice est, il est vrai, incapable de fonctionner, l'ovulation peut cependant s'accomplir et les troubles sont imputables à la présence des ovaires. En effet, il se peut très bien que ces organes existent, en position normale ou anormale, alors que l'utérus est absent et que le vagin fait défaut sur la presque totalité de sa longueur. D'ailleurs, voici ce que nous apprend sous ce rapport le précédent tableau :

Dans 27 cas d'absences simultanées de vagin et d'utérus :

Les ovaires sont bien formés.		8 fois.
»	petits	2 fois.
»	absents	7 fois.
»	manquent d'un côté. . .	6 fois.
Leur état n'est pas indiqué.		4 fois.

Au point de vue symptomatologique, il est donc toute une classe de malades, chez lesquelles, malgré l'absence de vagin et de matrice, les ovaires sont susceptibles de remplir leurs fonctions. Le fait se présente 8 fois sur 27, sans compter les cas dans lesquels ces organes ne semblaient faire défaut que d'un seul côté.

Tout à fait exceptionnellement, on rencontre un vice de conformation tel qu'il y ait absence de vagin et d'ovaires, alors que l'utérus existe. Sokoloff (1) a rapporté un fait intéressant qui rentre dans cette catégorie.

Femme de 20 ans, non réglée, mariée depuis 7 mois. Tout le corps est normalement développé ; il en est de même de la vulve. L'hymen présente à sa partie supérieure un orifice admettant facilement le doigt, mais, en arrière de cette membrane, le doigt rencontre immédiatement des parties molles. Le toucher rectal combiné à la palpation fait sentir très haut, sur la ligne médiane, l'utérus de forme absolument normale, mais triplé de volume, il est mobile et indolent ; les ovaires ne peuvent être sentis. Une sonde introduite dans la vessie est facilement suivie par le rectum, ce qui montre bien l'absence du vagin ; il est cependant possible, étant donné le glissement latéral du col de l'utérus, que la partie supérieure du vagin existe.

Sokoloff ajoute : « Ce cas d'absence de vagin est donc remarquable, surtout par la présence d'un utérus normal quant à sa forme, mais

(1) Sokoloff, *Ann. de gynécol.*, 1890, XXXIII, p. 47.

hypertrophié ou distendu. Le rapporteur n'admet pas l'hématomètre pour plusieurs raisons : l'atrésie congénitale de l'orifice du col est presque inconnue, les ovaires font certainement défaut chez la malade, d'autant plus que le molimen menstruel n'a jamais eu lieu ; enfin il n'y a pas d'hématocolpos, puisque le col est conique.

IV. — État des organes urinaires.

Chez les jeunes filles, l'urèthre est le plus souvent normal et n'offre rien de particulier à noter. Mais plus tard, par suite des tentatives de coït, il est fréquemment relâché, étalé, parfois allongé en forme de fente verticale. Cette dernière disposition a pu, à des observateurs inattentifs, en imposer pour la fente vulvaire.

Chez une femme de 22 ans examinée par Balin (1) et atteinte d'une absence du vagin, de l'utérus et des annexes, l'orifice uréthral laissait passer sans peine le petit doigt ; il était arrondi, n'offrait trace ni de rupture ni d'autre lésion. Cet état, qui est très commun, puisqu'il est noté par d'autres chirurgiens (Emmet, Hegar et Kaltenbach, etc.), s'explique par les rapports répétés ; l'intromission du pénis se fait par le méat urinaire, en général à l'insu de la femme et du mari.

Cette dilatation est parfois telle qu'elle induit le chirurgien en erreur. La chose est arrivée à Segond (p. 98), à Zinstag (2), à Morton (3), Reid (4), qui, touchant sans

(1) Balin, *Wratch.*, St-Pétersb., 1888, p. 623.
(2) Zinstag, *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1888, p. 316.
(3) Morton, *Ann. of the Universal Med. Science*, 1890, p. 277.
(4) Reid, *Glasgow Med. Journ.*, 1882, XVIII, p. 243-245.

regarder, pensaient être dans le vagin, alors que le doigt avait pénétré dans la cavité vésicale.

Quelles modifications subit la structure de la vessie lorsque l'urèthre est ainsi dilaté? Qu'advient-il des fonctions du réservoir urinaire? Nos connaissances à cet égard laissent fort à désirer. Pour Scanzoni et Gorwitz, la muqueuse vésicale devient à la longue le siège d'une inflammation catarrhale et la malade souffre bientôt d'incontinence d'urine. Winckel, Breisky soutiennent une opinion différente. Ils s'appuient sur des faits personnels, sur d'autres publiés par Freund, Zinstag et Saexinger, cas dans lesquels l'urèthre était resté continent, bien qu'il pût, comme dans le cas de Saexinger, recevoir sans peine l'index et le médius réunis, et bien que les rapports sexuels eussent lieu depuis dix ans. Balin pense qu'il faut distinguer, suivant que le canal uréthral est simplement dilaté d'une façon anormale ou suivant qu'il est éraillé, entamé, rompu. Dans le premier cas, les femmes gardent leurs urines; elles les perdent, au contraire, involontairement dans le second.

V. — Lésions concomitantes.

Elles manquent dans la plupart des cas. Lorsqu'elles existent, il s'agit en général d'autres anomalies de développement.

La gymnatrésie peut coïncider avec d'autres malformations complexes. A cet égard, le cas observé par M. le professeur Tillaux (1) sur une femme de 26 ans est très re-

(1) Tillaux, *Gaz. des hôpitaux*, 1877, p. 666.

marquable. Le vagin était totalement absent ; les pubis étaient écartés ; la vessie exstrophiée ; l'utérus s'ouvrait directement à l'extérieur et le col de celui-ci s'insérait à la peau. Les ovaires existaient et le sang des règles s'écoulait par l'orifice pubien de l'utérus.

Ce cas est unique dans la science et nous n'avons pu en trouver un autre semblable.

Il est moins rare de rencontrer d'autres vices de développement peu importants. On a vu l'absence de vagin coïncider avec un pouce supplémentaire (obs. Binaud, p. 103). J'ai déjà indiqué plus haut les malformations concomitantes des organes génitaux et je rappelle que les ectopies congénitales des ovaires ne sont nullement exceptionnelles.

Enfin Kretz (1) rapporte un fait, dans lequel une tuberculose des organes génitaux profonds accompagnait une atrésie vaginale antérieure.

(1) Kretz, *Wien. kl. Wochensch.*, 1891, n° 41.

CHAPITRE III

Etiologie et pathogénie.

Nous ne sommes pas mieux renseigné sur les causes des absences du vagin que sur celles des autres vices de conformation. Ainsi que nous l'avons indiqué, elles coexistent rarement avec d'autres malformations embryonnaires ou fœtales.

L'hérédité ne peut être que rarement invoquée. Elle n'est consignée que dans le fait de M. Gérard Marchant ; les deux sœurs de la malade, mortes vers l'âge de 20 ans, n'avaient jamais eu leurs règles ; elles étaient sans doute également atteintes de gymnatrésie.

A en juger par le nombre des faits publiés, les absences du vagin ne sont pas bien fréquentes. Cependant Madden les dit moins communes qu'on ne le pense, et, selon Emmet (1), on les observe plus souvent dans la pratique que les simples imperforations de la membrane hyménéale. En tenant compte de tous les faits publiés jusqu'à nos jours, il semble que ce chiffre doive approcher de la centaine.

Ce serait sortir du cadre de notre sujet que d'exposer ici les théories pathogéniques, relatives aux diverses malformations du conduit utéro-vaginal. Nous ne pourrions d'ail-

(1) Emmet, *La pratique des maladies des femmes*, trad. franç., 1887, p. 170.

leurs que copier l'exposé remarquable que M. Pozzi en a fait dans son traité de gynécologie.

Voici seulement les particularités applicables aux absences partielles ou totales du vagin.

On sait que les canaux de Müller donnent naissance aux trompes, à l'utérus et au vagin. Les oviductes se développent aux dépens de la partie supérieure de ces conduits et sont, chez le fœtus, relativement plus avancés que la matrice dans leur évolution. Au-dessous du point où ils sont croisés par le gubernaculum de Hunter, les deux canaux de Müller, s'accolant aux canaux de Wolff, forment ensemble le cordon génital de Thiersch ; ils donnent, dans cette partie, naissance à l'utérus et au vagin, sans aucune participation du sinus uro-génital, d'après la plupart des auteurs.

Les canaux de Müller se fusionnent d'abord dans leur partie moyenne, au moins dans l'espèce humaine (Kœlliker). Cela a lieu à la fin du 2e mois et ainsi se constitue le canal utéro-vaginal de Leuckart. L'utérus reste bicorne en haut jusqu'à la fin du 3e mois. Quant aux extrémités vulvaires des canaux müllériens, elles ne se fusionnent que vers la fin du 4e mois. Il existe donc d'abord deux vagins et deux utérus, jusqu'à ce que la cloison intermédiaire soit résorbée.

Suivant la plupart des auteurs, l'hymen n'est que l'extrémité antérieure du vagin, faisant saillie entre les petites lèvres dans le vestibule. Pozzi prétend au contraire que cette membrane est d'origine ectodermique.

Ce chirurgien admet aussi, avec Tourneux et Legay, que le vagin n'est pas uniquement müllérien, mais que les con-

duits de Wolff participent à la constitution de son segment hyménéal ou vestibulaire. « Il ne me paraît pas douteux, d'après les faits tératologiques où l'on voit si fréquemment l'existence d'un très court canal vestibulaire coïncider avec l'absence du vagin müllérien, que la région que l'on pourrait appeler avec Legay le canal vestibulaire, et que l'on confond d'ordinaire avec le vagin, en est indépendante au point de vue embryogénique. Cette région, presque effacée chez l'adulte, par suite des déformations et du tassement de la vulve qu'entraînent le coït et l'accouchement, est très appréciable chez les petites filles et s'étend, chez elles, du bord interne des grandes lèvres à un millimètre au-dessus de l'hymen. Cette courte région est tout à fait distincte du vagin, et devrait être considérée comme une portion évasée de l'urèthre, recevant le vagin müllérien. »

Aussi M. Pozzi explique-t-il de la façon suivante les vices de conformation que nous étudions : « On sait que l'évolution de la cavité vaginale aux dépens des conduits de Müller se fait toujours de haut en bas. On conçoit, par suite, difficilement que ce soit la partie inférieure du vagin qui existe le plus souvent au lieu de la partie supérieure, lorsqu'il y a arrêt de développement. Je crois qu'il faut voir dans ces faits la persistance et l'allongement anormal du canal vestibulaire ou partie antérieure du sinus urogénital. Cette sorte d'embouchure ectodermique, assez insignifiante à l'état normal, reprend alors la prépondérance qu'elle a eue à la période embryonnaire, avant qu'elle ne fût refoulée et distancée par le développement du canal müllérien. Ce cul-de-sac qu'on observe si fréquemment

dans les cas d'absence du vagin et de l'utérus, a une longueur de 2 à 3 centimètres et une médiocre largeur, à peine suffisante pour l'introduction du bout du doigt ; mais cette longueur et cette largeur peuvent être considérablement développées par la pratique du coït. Le cul-de-sac vestibulaire est fermé par une membrane nacrée, réticulée, d'aspect cicatriciel.

On a vu manquer la partie médiane du vagin, et les deux tronçons être séparés par une membrane d'épaisseur variable et parfois perforée ; il y a eu alors, sans doute, arrêt de développement du vagin müllérien et développement compensateur du canal vestibulaire qui est allé à sa rencontre et n'a pu se fusionner avec lui ».

La théorie de M. Pozzi explique d'une façon fort satisfaisante les absences partielles, superficielles du vagin. Les absences portant sur le tiers postérieur seraient dues à l'imperforation limitée du canal de Müller. Que la lumière de celui-ci soit totalement oblitérée et l'on aura l'absence complète de l'utérus et du vagin.

Ces opinions sont celles qui sont courantes. Il faut cependant faire remarquer qu'elles sous-entendent que les canaux de Müller, même après fusion, forment un cordon plein, qui se creuse ensuite. Or, ceci n'est pas exact et presque tous les embryologistes actuels sont d'accord pour dire que primitivement le canal de Müller est déjà un tube revêtu d'épithélium cylindrique. Il est possible que ce soit la prolifération trop active de cet épithélium qui arrive à fermer la lumière vaginale.

On peut ainsi comprendre les développements rudimentaires du canal utéro-vaginal. Mais l'absence proprement

dite, consistant en un manque de tout tissu intermédiaire à la vessie et au rectum, reste d'une interprétation obscure. Car c'est ne rien expliquer que d'invoquer un arrêt de développement ou un défaut de bourgeonnement de la partie inférieure des conduits müllériens.

CHAPITRE IV

Symptômes. — Marche. — Pronostic.

Ainsi qu'il est facile de le deviner par les lignes précédentes, les phénomènes cliniques, qui caractérisent les absences du vagin, dépendent surtout de l'état des organes génitaux internes. Il est des cas dans lesquels la gymnatrésie passe absolument inaperçue, jusqu'à ce qu'elle soit découverte par hasard, lors du mariage ou des premiers rapports sexuels.

Dans d'autres circonstances elle se traduit, au moment de la puberté, par des accidents, qui attirent immédiatement l'attention.

Aussi est-il indispensable d'envisager successivement plusieurs modalités cliniques. Il arrive, en effet, dans une première catégorie de faits, que la malformation vaginale s'accompagne, tout à la fois, d'un défaut de développement des ovaires et d'une absence ou mieux d'un état rudimentaire de l'utérus, tels que ces organes sont incapables de fonctionner.

Dans une deuxième catégorie de faits, la gymnatrésie coïncide avec un arrêt dans l'évolution de la matrice ; mais les ovaires sont parfaitement normaux.

Dans une dernière classe doivent être rangés les cas qui, se caractérisent par l'atrésie du vagin, par le développement à peu près complet de l'utérus et des ovaires.

Nous croyons profitable d'établir une semblable distinction, bien qu'elle ne soit pas inattaquable.

I — Absence de vagin et des organes génitaux internes.

La malformation, dont il s'agit dans le cas particulier, est plutôt une infirmité qu'une maladie; elle ne détermine, en effet, aucun accident qui soit de nature à compromettre la vie du sujet qui en est le porteur ; elle peut même ne provoquer aucun trouble fonctionnel appréciable.

Aussi comprendrons-nous qu'elle puisse passer inaperçue pendant toute l'existence et n'être découverte que par hasard, ou à l'autopsie (Campbell). Le plus souvent, c'est au moment où les malades veulent se marier ou quand s'opèrent les premiers rapprochements sexuels qu'elles viennent consulter. « Une jeune fille de 19 ans », écrit M. le professeur Tillaux (1), « est demandée en mariage, et les parents, surpris que malgré toutes les apparences d'une santé parfaite, leur fille n'ait jamais été réglée, désirent la faire examiner avant de consentir à cette union et me chargent de ce soin ».

Plus souvent cependant, c'est un peu plus tard que les femmes se présentent à la consultation, après des tentatives douloureuses et infructueuses de coït ou parce qu'elles sont désespérées de ne pas avoir d'enfant. L'absence de règles attire moins leur attention.

Néanmoins les rapprochements sexuels sont parfois pos-

(1) Tillaux, *Chirurgie clinique*, 2e édit., II, p. 580.

sibles et même faciles. Ils sont possibles, lorsque l'occlusion porte sur le tiers postérieur du vagin et qu'en avant existe un cul-de-sac suffisant pour admettre en partie le pénis. Ils sont quelquefois faciles, car chez nombre de femmes, les choses se passent comme sur les malades de Segond et d'Emmet ; le coït s'accomplit pendant plusieurs années, sans que le mari et la femme ne s'en doutent, par le canal uréthral, qui présente des modifications que nous avons déjà brièvement signalées (p. 37 et 38). Pour cette même raison, il est possible aussi qu'une femme, atteinte d'absence totale de vagin et d'utérus, contracte la syphilis et la blennorrhagie, suivant la remarque très juste de Pozzi.

1° **Signes physiques.**— Quoi qu'il en soit, c'est l'examen physique seul qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Presque toujours, le médecin se trouve en présence d'une femme fort bien conformée, d'aspect réellement féminin ; le bassin est large, les hanches fortes, les seins bien développés.

En général, les organes génitaux externes sont normaux, les grandes et les petites lèvres ont leur aspect ordinaire ; l'hymen lui-même existe souvent, et c'est seulement en écartant les parties externes et en explorant directement avec le doigt qu'on peut acquérir des notions plus précises. Dans d'autres cas, mais bien plus rares (obs. Segond), les petites lèvres sont peu développées, se perdent insensiblement sur le périnée, sans rien qui rappelle la fourchette. Le méat urinaire peut être absolument intact. S'il a subi des injures, la déformation est de règle. Parfois, comme nous l'avons dit, il se trouve tellement distendu, ainsi que l'urèthre, qu'il admet le doigt tout entier. Dans d'autres

circonstances, il est simplement allongé dans le sens vertical, un peu fissuré ou muni de franges irrégulières.

S'agit-il d'une jeune fille vierge, voici en général ce que l'on constate : « En écartant les petites lèvres, on aperçoit une membrane blanchâtre qui ferme complètement le vagin et l'on peut croire tout d'abord à un hymen imperforé ; mais cette membrane est sur un plan antérieur à celui qu'occupe l'hymen et se continue avec la muqueuse vulvaire ; d'ailleurs l'exploration ultérieure va bien démontrer que ce n'est pas l'hymen (Tillaux) ».

En effet, vient-on à pratiquer le toucher rectal, on constate l'existence d'un cordon fibreux plus ou moins résistant, qui se termine dans le bassin à une hauteur variable ; parfois, le doigt sent, à une profondeur de 8 à 10 centimètres de l'anus, un petit nodule induré, qui est l'utérus rudimentaire.

Pendant que le doigt est dans le rectum et qu'un cathéter métallique est dans la vessie, on peut reconnaître tous les détails du vice de conformation ; constater, soit que la sonde et le doigt se touchent immédiatement sur une grande longueur, soit qu'ils restent séparés par une cloison assez épaisse et n'arrivent à se juxtaposer qu'à 6 ou 7 centimètres au delà de l'anus ou même davantage, soit enfin qu'ils ne sont distants l'un de l'autre que sur une moindre étendue. Dans le premier cas, c'est à une absence vraie et totale que nous avons affaire ; dans le second, il s'agit d'un développement rudimentaire, d'une imperforation complète si l'on veut. Le troisième cas est le plus rare dans l'espèce : il indique une absence partielle ; or celle-ci, ainsi que nous l'avons démontré, coïncide en général avec

un développement suffisant des organes génitaux profonds et, partant, avec des phénomènes de rétention des règles.

Il importe enfin, à l'aide du bipalper, exécuté par le rectum et l'hypogastre, de reconnaître, aussi exactement que possible, l'état des organes profonds, de l'utérus, des ovaires, des trompes, d'explorer les régions inguinales, afin de s'assurer de l'absence de toute tumeur herniaire.

2° **Signes fonctionnels.** — Ils sont souvent nuls ou peu appréciables. Les malades ne sont que dans quelques cas tourmentées par les phénomènes dont nous allons parler. Mais le plus souvent, ce vice de conformation les chagrine, réagit sur l'état général ; beaucoup de femmes deviennent apathiques, hypochondriaques ; il en est qui ont des idées de suicide. La patiente observée par Snéguireff avait essayé de se créer un vagin en transperçant avec un poinçon la région vulvaire.

II. — Absence du vagin accompagnée de phénomènes de molimen menstruel.

Les auteurs passent sous silence cette seconde modalité symptomatique que nous voulons indiquer, car elle nous semble être plus fréquente qu'on ne l'admet. Les malades sont frappées, non par l'absence de règles, mais par des phénomènes douloureux, revenant à intervalles plus ou moins réguliers, au moment de l'établissement de la puberté. Elles se plaignent de douleurs dans le bas-ventre, durant plusieurs jours, de pesanteur, de tiraillements lombaires, rarement de vomissements. Parfois ces souffrances s'accompagnent, comme chez la malade de Boursier, de toux rauque, d'agitation, de véritables attaques de nerfs.

Ces femmes peuvent n'avoir aucune hémorrhagie supplémentaire. D'autres en présentent, se faisant le plus souvent sous forme d'épistaxis périodiques.

Tout ici, joint à l'absence d'écoulement sanguin cataménial par le vagin, attire immédiatement l'attention sur l'appareil de la génération. Et cependant, à l'examen, on ne découvre guère autre chose que l'absence du vagin et de l'utérus que nous avons indiquée plus haut ; on ne trouve aucune poche sanguine, même de petite dimension. L'exploration de la cavité pelvienne fait, au contraire, assez souvent reconnaître un point douloureux dans la région des ovaires. Dans nombre de cas, ainsi dans ceux de Drouin, Albertin, Boursier, on arrive même à apprécier leur siège et leur volume.

Quelle interprétation doit-on donner de ces faits ? Elle est assurément malaisée. Il est possible que les cas que nous venons d'indiquer rentrent en réalité dans la classe suivante et qu'il s'agisse simplement de malades, observées tout à fait au début des premiers phénomènes de rétention menstruelle, alors que l'hématocolpos et l'hématométrie n'ont pas encore eu le temps de se constituer, ne forment pas encore de poches suffisamment étendues pour être appréciables à la palpation. L'absence du vagin coïnciderait, dans ce cas, avec l'existence de l'utérus et des ovaires. Aussi bien des auteurs soutiennent-ils que, lorsque la matrice n'existe pas, il n'y a pas de molimen menstruel. Le Fort a déjà défendu une opinion contraire, et, plus récemment, Frank (1) est venu l'appuyer. Il cite l'observation

(1) Frank, *Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäkol.*, 1891, XVIII.

d'une jeune fille sans utérus ni vagin, mais pourvue d'ovaires. Le molimen se faisait régulièrement sentir et, à chaque période, on notait des douleurs assez vives, qui nécessitèrent la castration. Celle-ci amena la cessation des souffrances. Albertin cite un fait semblable, observé dans le service de Polosson. Nous en rapporterons d'autres dans le courant de ce travail.

Nous considérons donc, avec les derniers auteurs que nous venons de nommer, comme inexact de dire que le molimen ne se fait pas chez les femmes privées d'utérus ; la présence des ovaires suffit, à notre avis, pour l'expliquer.

III. — Absence du vagin avec phénomènes de rétention menstruelle.

Ici nous rentrons dans l'étude de phénomènes très bien connus et nous ne pourrions que copier les descriptions excellentes qu'en donnent Picqué et Pozzi. Altman les reproduit en partie dans sa thèse. Cependant nous ne saurions résister au plaisir de transcrire une page de Bernutz, car nul auteur n'a mieux que lui décrit ces accidents et leur filiation.

Voici comment il s'exprime (1) : « Les premiers accidents de l'aménorrhée par atrésie, très insidieux au début, consistent dans un sentiment de malaise général, une sensation de gêne et de pesanteur pelviennes, qui semblent indiquer la venue prochaine des règles, que tout annonçait et qui cependant ne se produisent pas. Au bout de quelques

(1) Bernutz, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 50.

jours, le malaise disparaît, la sensation de pesanteur diminue, mais sans cesser complètement, et pour revenir plus marquée, avec un nouveau malaise général, soit le mois suivant, soit deux à trois mois après, à une époque correspondante à celle de la première manifestation. Soit alors, soit à une époque subséquente, la pesanteur pelvienne s'accompagne de douleurs intermittentes qui, de la région lombaire, se portent vers le pubis ou le rectum et offrent les caractères des premières douleurs de l'accouchement.

Ces coliques utérines, auxquelles se joignent souvent des ténesmes après la défécation ou la miction et des fourmillements des cuisses, persistent pendant quelques jours, conservant la même intensité, puis diminuent, pour ne plus laisser après elles qu'une pesanteur hypogastrique, augmentant par les fatigues, la marche, etc. ; pesanteur hypogastrique qui devient de plus en plus marquée à mesure que les accès se multiplient. Un nouveau stade de calme, mais très incomplet, succède à une époque mensuellement correspondante aux premiers accès, un nouvel orage de douleurs plus violentes, mais d'une durée à peu près semblable, pendant lequel les malades sont alors en proie à un état d'anxiété ou d'impatience, parfois à des palpitations violentes ou à des syncopes, à des convulsions épileptiformes, à des frissons irréguliers ou à une sorte de fièvre nerveuse, mais qui est bien différente du mouvement fébrile, qui se produira à une époque plus éloignée ».

A la longue les accidents s'aggravent. La femme peut devenir une véritable hystérique (Castiaux) (1) ou avoir de

(1) Castiaux, *Gaz. des hôpit.*, 1873, p. 458.

vraies crises d'épilepsie (Latimer) (1) ou être prise d'accidents pulmonaires et cérébraux (Grollemund) (2).

Vient-on à examiner la malade, on reconnaîtra, dans la région hypogastrique, l'existence d'une tumeur, plus ou moins volumineuse, dont la forme, la situation, la consistance, rappellent tout à fait celles de l'utérus gravide. En règle générale, le sang s'accumule d'abord dans la partie profonde du vagin ; puis seulement dans l'utérus. Les trompes peuvent être également dilatées à la longue. Il est des cas plus rares, dans lesquels, le col faisant défaut ou étant imperforé, l'hématomètre existe seul sans hématocolpos.

On sait que ces collections sanguines, lorsqu'elles sont mal traitées, sont d'un pronostic grave. La mort peut survenir par hecticité, par septicémie, par péritonite, par rupture de la poche. Il n'y a rien là de particulier aux absences du vagin. Aussi nous n'insisterons pas sur ces modes de terminaison. Nous ne voulons dire que quelques mots de la rupture. On comprend que l'évacuation à l'extérieur soit bien exceptionnelle, à moins qu'il ne s'agisse d'une absence partielle antérieure. Ce qu'on observe parfois, c'est l'ouverture dans le rectum. Mais elle est presque toujours insuffisante et n'amène qu'un soulagement temporaire. L'hématocolpos et l'hématomètre, consécutifs à l'absence du vagin et non à l'imperforation hyménéale ou au simple cloisonnement vaginal, comportent donc un pronostic des plus sérieux.

La poche contient-elle toujours du sang, tant qu'elle n'est pas en communication avec l'extérieur ? Ce point est

(1) Latimer, cité par Petit, in *Dict. Dechambre*, art. Vagin.
(2) Grollemund, cité par Picqué.

encore mal établi. Cependant Bryk (1) a bien montré que dans quelques cas, rares il est vrai, les accidents de rétention dépendent d'une accumulation de mucus. D'autre part, ces collections sanguines suppurent parfois et on a pu les voir éliminées à l'extérieur comme un véritable abcès.

Bolling (2) a vu une femme de 35 ans, privée de vagin, chez laquelle, à l'âge de 18 ans, une poche purulente, s'était ouverte au pli fessier gauche ; depuis cette époque, il persistait dans cette région une fistule par laquelle, chaque mois, s'éliminait le sang menstruel.

Si la suppuration est chose commune lorsque la poche s'est ouverte à l'extérieur, il n'en est pas de même, tant que l'hématocolpos forme une collection bien close et, à cet égard, nous croyons intéressant de rapporter avec quelque détail le fait suivant, emprunté à Frank.

Observation III. — *Pyocolpos par atrésie vaginale*, Frank (3).

Femme âgée de 26 ans, jamais réglée. Depuis 10 ans, coliques abdominales, ne revenant pas régulièrement toutes les 4 semaines, mais paraissant d'une façon atypique au bout de 1, 2, 3 mois. Depuis 6 semaines, les douleurs sont devenues bien plus vives et presque continuelles, surtout pendant la marche. A partir de ce moment, rétention d'urine, nécessitant un cathétérisme quotidien.

Dès 1888, la malade avait été examinée par le professeur Müller (de Berne), dans les notes duquel on lit les renseignements suivants : aménorrhée, organes génitaux externes normaux, anneau hyménéal bien marqué ; ouverture du volume d'un crayon ; derrière lui, membrane

(1) Bryk, *Wien. med. Woch.*, 1865, nos 11 et 18.
(2) Bolling, *Hygiea*, 1886, p. 756.
(3) Frank, *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1893, p. 836, no 36.

muqueuse d'apparence normale. Absence de vagin ; au-dessus de lui, on sent par l'anus, un corps arrondi, gros comme un œuf d'oie, mobile, bien circonscrit, d'aspect kystique. Diagnostic : hématomètre par atrésie vaginale.

Frank constate le 1er mai 1893 un état semblable ; mais il remarque que, dans les grands efforts, la région périnéale fait un peu saillie et conclut à une absence du vagin limitée à sa partie antérieure.

Opération. — Après section de l'hymen, on pratique sur la membrane, qui ferme le vagin, une incision transversale de 3 centimètres. Après décollement à 2 centimètres de profondeur, on tombe sur une poche de laquelle sort un liquide jaunâtre, purulent, sans odeur. On excise largement les bords de l'orifice et on tamponne à la gaze iodoformée.

Pendant l'opération la poche fut explorée ; on reconnut qu'elle était très spacieuse et que ses parois étaient lisses. Dans son tiers supérieur, on sentait un bourrelet annulaire, qui semblait être la limite entre le corps utérin d'une part, la cavité cervicale et le vagin d'autre part.

Suites opératoires satisfaisantes.

Comment expliquer ce pus accumulé dans une poche utéro-vaginale tout à fait à l'abri de l'infection extérieure ? Plusieurs hypothèses se présentent.

Simpson a bien montré que, chez les petites filles, les vaginites amènent parfois des adhérences extrêmement étendues, avec abcès dans leur intérieur ; mais, dans le cas de Frank, de même que dans ceux de Rheinstætter (1) et de Kleinwaechter (2), les commémoratifs sont contraires à une semblable hypothèse. On pouvait penser aussi à la formation d'une collection tuberculeuse, à un véritable abcès froid ; mais le pus n'en offrait pas les caractères.

(1) Rheinstætter, *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1890, n° 9, p. 142.
(2) Kleinwaechter, *Zeits. f. Geburts. u. Gynäkol.*, 1885.

Aussi est-il plus exact de supposer que la collection sanguine a été secondairement envahie par les microbes pyogènes. Ceux-ci auraient pu être amenés par voie sanguine ; mais la malade de Frank n'avait eu ni scarlatine, ni fièvre typhoïde antérieures, ni aucune autre maladie infectieuse, qui permît de songer à une semblable étiologie.

Pouvait-on croire à une migration des bactéries de l'intestin au travers des parois de la poche ? C'est bien invraisemblable, d'autant que l'hématocolpos et l'hématomètre fermés ne suppurent que bien exceptionnellement.

Frank admet la pathogénie suivante pour le cas qu'il a observé : les agents pathogènes auraient pénétré dans la profondeur du sac par des érosions superficielles, occasionnées par des attouchements, des explorations, ayant porté sur la membrane obturatrice antérieure.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Ce chapitre ne nous semble pas réclamer de bien amples développements. Il est en général facile, non seulement de reconnaître l'absence du vagin, mais aussi d'en définir la variété et de la rapporter à sa véritable cause.

Les commémoratifs indiquant le défaut de toute menstruation antérieure, parfois les phénomènes de molimen revenant d'une façon plus ou moins typique, puis l'apparition d'une tumeur, se développant, dans les atrésies profondes et partielles, en une région relativement élevée du pelvis, dans les absences superficielles, assez près de la vulve, mettent déjà sur la voie.

Ce sont alors l'interrogatoire et l'examen direct qui feront diagnostiquer la cause de l'atrésie. Il faut savoir que la sténose extrême du vagin, consécutive à une inflammation ou à une gangrène, peuvent donner le change ; mais une enquête et une inspection minutieuses permettront de reconnaître cette variété, d'ailleurs exceptionnelle, de sténose vaginale.

Un examen des plus simples empêchera de confondre avec les autres vices de conformation tels que cloisonnement, soudure des petites lèvres entre elles, imperforation du col utérin ou atrésie des orifices du col.

Mais il peut être assez délicat de se prononcer entre une

simple imperforation de l'hymen et une absence du tiers antérieur du vagin. Dans le premier de ces vices de conformation, l'occlusion est assurée par une membrane en forme de repli muqueux qui conserve, même lorsqu'il est fortement développé, les caractères d'un diaphragme dépressible et élastique.

Dans l'absence vaginale, même lorsqu'on peut déprimer la couche muqueuse qui la limite en avant, on n'observe jamais ce bombement des régions vulvaire et périnéale, qui fait ressembler l'occlusion hyménéale à la poche des eaux.

En outre, lorsqu'il s'agit réellement d'une atrésie par absence partielle du vagin, il est en général aisé de reconnaître la texture fibreuse de celle-ci et sa résistance. Non seulement la vulve n'est pas entr'ouverte par la poche sanguine qui fait saillie entre les petites lèvres; mais l'extrémité du vagin, le canal vestibulaire est étroit, en cul-de-sac.

Ce que je viens d'indiquer s'applique surtout aux absences partielles du conduit vaginal car, ainsi que je l'ai dit à plusieurs reprises, ce sont à peu près les seules qui s'accompagnent d'accidents de rétention des règles.

Dans l'absence très étendue ou totale, l'examen physique est d'une haute importance. Il faut rechercher les caractères du cordon fibreux qui remplace le vagin, apprécier exactement l'épaisseur de la cloison qui sépare la vessie du rectum et ne jamais omettre de faire, dans tous les cas, l'exploration combinée, très minutieuse, à l'aide d'un doigt porté dans l'anus et d'un cathéter métallique introduit dans le réservoir urinaire. On devra associer ces manœuvres au palper hypogastrique, rechercher avec le plus

grand soin l'arrêt ou l'absence de développement de l'utérus, apprécier l'état des ovaires et des trompes. Le toucher rectal a aussi une très grande utilité.

Emmet fait remarquer que, dans ces cas, le doigt trouve ordinairement, en un point situé un peu au-dessous de celui qu'occupent habituellement le col de l'utérus et l'insertion vaginale, une saillie très nette en forme de croissant ou de bande, s'étendant à travers le bassin d'un ovaire à l'autre. La sensation ressentie par le doigt serait celle d'un arc décrit par le ligament large ou par un autre tissu dans l'espace qu'occuperait l'utérus s'il existait.

Toutes ces constatations sont d'une grande importance au point de vue des déterminations opératoires.

Aussi, pour peu qu'on rencontre quelques difficultés, qu'on éprouve quelque embarras pour acquérir des renseignements précis, ne devra-t-on jamais hésiter à pratiquer un examen complet pendant le sommeil anesthésique.

CHAPITRE VI

Traitement.

L'étude thérapeutique des absences du vagin est la partie à la fois la plus complexe et la plus intéressante du sujet que nous traitons ici et l'on peut dire qu'elle n'a été l'objet de discussions sérieuses que dans ces dernières années.

Ce chapitre acquerrait des proportions considérables, si nous voulions nous occuper de la thérapeutique des absences du vagin, lorsqu'elles s'accompagnent d'accidents de rétention. Mais nous laisserons à dessein de côté ce dernier point, sur lequel l'accord est fait d'une façon absolue.

Je n'indiquerai que les grandes lignes. Notre intention est de nous occuper plus spécialement de la création du vagin artificiel.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la thérapeutique à suivre varie d'après un certain nombre de conditions, selon que l'absence de vagin existe seule, ou qu'elle est accompagnée des phénomènes qui caractérisent le molimen cataménial ou bien qu'elle tient sous sa dépendance les accidents de rétention menstruelle.

I. — Absence du vagin avec phénomènes de rétention menstruelle.

L'indication formelle et urgente, dans ce cas particulier, est de donner issue au liquide contenu dans la poche et de faire cesser les phénomènes de rétention.

On doit intervenir aussi rapidement que possible, avant même que l'utérus ne soit arrivé à former une poche volumineuse et que les trompes ne soient dilatées. Ce sont là des points sur lesquels tous les auteurs sont actuellement d'accord. Mais il importe aussi de parer aux accidents ultérieurs ; il faut maintenir ouvert l'orifice de la poche et créer, si la chose est possible, un large canal, par lequel l'écoulement menstruel puisse facilement se faire. C'est dire qu'on doit rejeter, dans le cas particulier, les moyens palliatifs, en particulier les ponctions par le rectum, préconisées par Dubois, Scanzoni, Baker-Brown, la ponction ou l'incision de la vessie recommandée par Simon et Spiegelberg. Ce sont là, de même que l'incision parasacrée ou pararectale, des procédés d'exception. L'opération de choix est celle qui consiste à créer un vagin artificiel par l'un des procédés que nous indiquerons plus loin. Elle n'offre pas, dans ces conditions, de grandes difficultés, car il s'agit presque toujours d'absence partielle du canal vaginal. Mais ces interventions n'en sont pas moins dangereuses, vu les complications possibles du côté des trompes, vu la facilité de l'infection de la poche.

Ces dangers sont bien atténués de nos jours. Néanmoins,

on cite encore de temps à autre des cas malheureux (1). En dehors de l'hématosalpingite, de la rupture possible de la trompe et de la pénétration du sang dans le péritoine, une dernière raison milite en faveur de l'intervention. Nous avons vu en effet que le sang peut s'altérer, même passer à la purulence. D'autre part, la seule stagnation des liquides n'est pas indifférente et Mathews Duncan a vu « des cas de septicémie et de péritonite survenant par suite de rétention du sang menstruel, qui ressemblaient beaucoup à la fièvre puerpérale, dans lesquels il n'y avait ni rupture, ni écoulement de liquide par les extrémités ouvertes des trompes de Fallope ».

Il est rare qu'on laisse la rétention menstruelle arriver à un degré tel que les trompes soient dilatées d'une façon notable. Mais lorsque la chose existe, quelle conduite tenir ?

La plupart des auteurs estiment qu'on doit d'abord ouvrir l'hématomètre.

Riedinger (2) est d'un avis opposé. Il conseille de pratiquer d'abord la salpingectomie, puis seulement de créer une voie vaginale pour permettre l'évacuation du sang.

Dans un cas, en effet, où il agit inversement, il y eut périmétrite septique, suivie de la formation d'adhérences extrêmement étendues et résistantes. Celles-ci rendirent très difficile la laparotomie.

D'autre part, il peut arriver que la création du vagin artificiel offre de grandes difficultés et ne puisse être menée à bonne fin. Dans ce cas la laparotomie s'impose d'emblée.

(1) Flammarion, Absence congénitale du vagin. Imperforation du col. Intervention. Mort par septicémie. *Gaz. de gynécol.*, 1er décembre 1886.

(2) Riedinger, *Prager Zeitsch.*, 1890, n° 73.

Il en est ainsi dans le fait récent relaté par Decio (1).

Observation IV. — *Un cas d'hématosalpinx avec hématomètre par absence congénitale du vagin.*

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans chez qui les règles ne sont jamais apparues ; depuis l'âge de 11 ans, les fonctions menstruelles se sont manifestées uniquement par des douleurs abdominales, survenant à peu près régulièrement tous les mois et suivies d'une grande prostration des forces. Depuis quelques années, elle avait remarqué l'existence d'une tuméfaction dans la région hypogastrique, localisée au siège même de la douleur. A l'inspection, on trouve l'abdomen un peu distendu à sa partie inférieure où la palpation révèle une tuméfaction diffuse, difficile à délimiter à cause de la douleur qui accompagne l'exploration. Cette masse, non mobilisable, est rénitente et un peu fluctuante vers ses extrémités qui s'avancent de chaque côté jusqu'aux éminences iléo-pectinées ; sur la ligne médiane elle présente une zone déprimée, située à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse et donnant à la percussion une résonnance obscure. A l'inspection des organes génitaux externes, normaux en apparence, on trouve à la place de l'hymen une petite zone ovale, imperforée, de coloration normale, et ne présentant pas la saillie qui se voit ordinairement dans les cas d'hématocolpos. L'orifice externe de l'urèthre occupe sa situation normale. Au toucher rectal et en suivant la paroi antérieure, le doigt arrive à 9 centimètres de profondeur sur une masse arrondie, grosse comme une noix, qui, en raison de son siège sur la ligne médiane et de son prolongement piriforme, est reconnue pour le col de l'utérus ; sur les côtés, on trouve les masses déjà perçues au palper et qui ne sont autres que les trompes.

Le diagnostic est donc : absence du vagin et hématomètre avec hématosalpinx bilatéral. L'auteur cherche alors à créer une issue pour le sang retenu dans l'utérus et les trompes, mais après incision transversale de la zone correspondant à l'hymen, il ne trouve aucune cavité rappelant même de loin un vagin rudimentaire ; les dilatateurs et le

(1) Decio, *Atti della Associazione Medica Lombarda*. Janv.-Févr. 1896.

doigt ne pénètrent pas à plus de 4 centimètres de la brèche. Il se décide alors à enlever les annexes par la voie abdominale.

Laparotomie. — La malade étant dans la position de Trendelenburg, l'utérus apparaît augmenté de volume comme au 3e mois de la grossesse : de nombreuses vésicules, formées par les exsudats séreux enkystés, cachent les annexes; une fois ces vésicules enlevées, on découvre la trompe gauche, grosse comme le poing, contournée sur elle-même et adhérente à l'excavation ; la trompe droite offre des caractères analogues, mais moins prononcés.

La *salpingectomie double* est suivie d'une guérison complète et l'utérus ne tarde pas à reprendre ses dimensions normales.

II. — Absence du vagin avec phénomènes de molimen menstruel.

Lorsqu'il n'existe pas d'utérus cliniquement appréciable, que les douleurs dysménorrhéiques survenant d'une façon périodique font tous les frais des accidents, il est probable que les ovaires existent et fonctionnent d'une façon satisfaisante. Dans ces conditions, l'intervention est tout aussi nettement indiquée, bien que moins pressante. Des succès ont été réalisés dans ces cas par l'opération de Battey et Pozzi mentionne d'après Las Casas dos Santos, les résultats heureux obtenus par ces interventions entre les mains de Tauffer, Langenbeck, Peaslee, Kleinwæchter.

Plus récemment Strauch (1) a également vanté pour ces cas la castration ovarienne et Duvelius (2) rapporte une opération de ce genre, dans laquelle les ovaires enlevés renfermaient des corps jaunes et des cicatrices.

(1) Strauch, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, XV, p. 138.
(2) Duvelius, *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 143.

Néanmoins le résultat définitif peut n'être pas toujours aussi favorable, ainsi que le prouve l'observation suivante de Boursier, dans laquelle, malgré l'intervention, les crises reparurent, après quelques mois, avec tous leurs caractères.

Observation V. — *Absence congénitale du vagin et des annexes gauches. Castration* (1).

Anna D..., 20 ans, ayant tous les caractères physiques de la femme la mieux développée, se plaint de n'avoir jamais été réglée ; elle n'a jamais eu d'hémorrhagies supplémentaires mais, tous les mois, elle éprouve de violentes douleurs dans tout le ventre durant 5 à 8 jours et s'accompagnant de phénomènes nerveux très marqués, céphalalgie, toux rauque, attaque de nerfs, rarement de vomissements.

A l'examen on trouve une vulve et un appareil clitoridien très peu développés. Il n'y a pas trace de vagin.

L'orifice vaginal est remplacé par un urèthre allongé, en fente verticale de 2 cm. 1/2 circonscrit par un hymen en collerette complet. Le toucher vésical est facile.

Le toucher rectal et le palper bimanuel pratiqués avec soin, ainsi que le cathéter vésical, montrent qu'il n'y a pas trace de vagin. On ne rencontre non plus aucun vestige d'utérus, mais les annexes droites sont très facilement accessibles et semblent normales. A gauche on ne trouve qu'une bride horizontale sans caractères bien nets.

Le 6 juin 1892, castration ovarienne. La laparotomie démontra la présence d'un ovaire et d'une trompe normaux à droite et permit de constater l'absence totale des annexes gauches. En même temps, nous trouvâmes un utérus très rudimentaire, réduit à la moitié d'un corps atrophié et sans col. Cet utérus, entraîné par les annexes droites, était caché derrière la branche droite du pubis. La malade guérit très vite. Mais, dans les mois qui suivirent l'opération, les crises dysménorrhéïques reparurent avec tous leurs caractères primitifs.

Aussi Boursier pense-t-il, en s'appuyant sur cet insuc-

(1) Boursier, *Bull. médical*, 1892, p. 1255.

cès, qu'il faut, dans les malformations vaginales accompagnées de dysménorrhée sans rétention menstruelle, distinguer et recourir, suivant les circonstances, à la création du vagin artificiel ou à la castration de Battey. La première s'impose toutes les fois que, dans une absence complète du vagin, l'utérus paraît assez développé pour qu'on puisse compter ensuite sur un rétablissement à peu près intégral des fonctions génitales. La seconde est de mise, quand l'utérus n'est pas cliniquement reconnu ou qu'il est trop rudimentaire pour qu'il puisse se développer par la suite.

Il semble, en effet, qu'il faille bien distinguer les cas cliniques et ne pas appliquer à tous les cas de ce genre une même thérapeutique. Le fait suivant de Currier le démontre :

Observation VI. — *Absence congénitale du vagin. — Castration. — Création d'un vagin par refoulement* (1).

Une jeune fille de 15 ans présente tous les phénomènes du molimen menstruel. Au bout de quelque temps, apparition d'une tumeur qui s'ouvre spontanément dans le rectum. On pratique le drainage temporaire de cette poche, qui se referme spontanément. L'ablation des ovaires, pratiquée quelque temps après, ne réussit pas à calmer les phénomènes douloureux.

Création d'un vagin qui manquait totalement. On atteint le col. Dilatation longtemps continuée. Au cours de la vaginoplastie, on fit à la vessie une plaie qui se cicatrisa toute seule.

Depuis un an, les accidents dysménorrhéïques n'ont pas reparu.

(1) Currier, *New-York J. of Gynecol. and Obst.*, 1893, III, p. 1086-88.

III. — Absences non compliquées du vagin.

Nous arrivons enfin à la troisième catégorie de faits. Ce sont ceux dans lesquels le vagin manque; mais ce vice de conformation n'entraîne aucun des accidents que nous avons mentionnés plus haut; l'utérus est absent, les ovaires eux aussi semblent faire défaut.

Est-on dans ce cas autorisé à intervenir? M. le Professeur Tillaux déclare que non, et, suivant M. le Professeur Duplay, l'abstention est formellement indiquée dans les cas où il n'existe pas d'utérus. Il n'est pas, en effet, rationnel de faire courir à la femme des chances de mort, dans le seul but de permettre un coït infructueux.

Hegar et Kaltenbach (1) s'expriment ainsi :

Est-il permis d'ouvrir une atrésie siégeant sur toute l'étendue du vagin ou sur une grande partie de ce canal? Quand il n'existe pas de signes de rétention, quand on n'est pas certain du développement parfait de l'utérus, c'est là une question dont la solution est fort discutable.

Le manuel opératoire, est en effet, bien difficile, et le danger de l'opération bien considérable, quand on ne peut s'orienter sur la direction qu'il convient de donner à l'incision et il importe peu de créer un vagin artificiel, quand l'utérus est rudimentaire.

En Amérique, beaucoup de chirurgiens sont opposés en principe à ces interventions profondes, qui ne sont pas exemptes de dangers.

(1) Hegar et Kaltenbach, *Traité de gynécol. opérat.*, p. 475.

Ainsi Stanard (1) a vu Baker opérer une absence congénitale du vagin avec état rudimentaire de l'utérus. Les tissus interposés au rectum et à la vessie étaient très minces et, voulant pousser jusqu'à la matrice, le chirurgien blessa le premier de ces organes. Il se forma une fistule recto-vaginale, qui fut d'une cure très difficile.

Lawson-Tait (2) lui aussi est un adversaire de ces interventions. Il les repousse même dans quelques cas où la plupart des chirurgiens les admettent. Il conseille, lorsque l'oblitération a une longueur de plus de deux pouces, de recourir à l'ablation des annexes par la laparotomie et de ne pas créer un vagin artificiel.

Une semblable manière de voir peut parfaitement être soutenue et nous comprenons fort bien les chirurgiens qui se refusent à opérer dans les cas de ce genre. Ils mettent en avant, pour défendre leur conduite, les dangers, l'inutilité de l'opération, le point de vue moral et religieux.

Voyons ce qu'il faut penser de ces triples arguments.

a) Je ne veux pas ici envisager la question *au point de vue moral et religieux*. Ce côté de la question, de même que l'impuissance au point de vue médico-légal, sont bien étudiés dans la thèse de Baudry (3).

Comme le dit très bien Villar dans le travail qu'il a lu à la Société de chirurgie, les objections religieuses et morales qu'on a adressées à cette opération peuvent être renversées en s'en tenant au texte même des livres qui s'occupent des choses sacrées. Il semble en effet résulter de la

(1) Stanard, *New-York Med. Rec.*, 1893, XCIV, p. 791.
(2) Lawson-Tait, *Diseases of Women*, p. 94.
(3) Thèse citée, p. 69 et 78.

lecture de ces livres que l'impossibilité de procréer n'est pas un empêchement au mariage. Puisque l'Eglise ne défend pas dans ses lois l'acte charnel entaché de stérilité, ce n'est donc pas aller contre elle que de mettre la femme dans l'impossibilité de l'accomplir. Et puis, comment le défendrait-elle, puisqu'après une hystérectomie ou une salpingectomie, telle ou telle malade se trouve dans les conditions de la femme à laquelle on a créé un vagin artificiel ? Dira-t-on que c'est immoral d'extirper un utérus cancéreux pour que la femme soit réduite au plaisir charnel sans espoir de grossesse ?

b) *L'opération est-elle dangereuse ?* — Il est certain que la réfection d'un vagin artificiel est difficile et délicate. Une foule d'exemples démontrent que l'intervention, non seulement lors d'atrésies très étendues, mais lors d'imperforations étroites, peut avoir une issue fatale.

Dupuytren, Sabatier, Cazeaux ont mis en garde contre les périls imminents. Nélaton, Billroth, Langenbeck et bien d'autres chirurgiens, avant l'antisepsie, ont eu à déplorer des issues funestes dans des interventions peu sérieuses en apparence.

Les auteurs plus récents ont invoqué, contre la création d'un vagin artificiel, quel que soit le but qu'on se propose par une semblable opération, plusieurs arguments : ils s'appuient sur la possibilité de lésions des organes voisins, sur la rupture possible du sang accumulé dans les trompes, sur l'infection septique.

De la rupture possible d'une hématosalpingite, il ne saurait en être question ici. Quant aux dangers de septicémie,

ils n'existent plus guère de nos jours, au moins lorsqu'on opère avec toute la rigueur désirable et qu'il n'existe pas de collection sanguine.

Enfin que doit-on penser de la blessure des organes voisins, vessie, rectum, péritoine? Ce péril est réel. L'opération en effet ne se présente pas toujours dans les mêmes conditions. Tantôt la prétendue cloison recto-vésicale est fort mince et, au niveau du point où normalement le rectum se coude et se rapproche du col utérin, elle acquiert souvent une minceur telle que beaucoup de chirurgiens n'ont osé pousser au delà, de crainte de blesser l'un des organes (vessie, rectum). Il existe, en effet, des cas dans lesquels semblable accident est survenu.

Nous avons déjà cité ceux de Baker Brown et de Stanard. D'autres ont été publiés et sont relatés par Breisky et par Riedinger.

Il faut reconnaître cependant que la blessure de la vessie ou du rectum n'est pas commune. Cela ne tient pas uniquement à l'habileté de l'opérateur, mais aussi à la disposition anatomique du vice de conformation. En effet, dans bien des cas, il s'agit non d'une absence vraie, mais d'un développement rudimentaire, d'une imperforation de la totalité du vagin.

Au triangle périnéal, allant du méat à l'anus, succède un cordon fibreux, facile à apprécier et au sein duquel le chirurgien se guide facilement dans son travail d'approche vers les parties profondes. Et de fait, dans les opérations dont nous donnerons la relation plus loin, on verra que ces accidents sont rarement survenus. Ils n'en sont pas moins réels, à tel point que quelques chirurgiens, plus ré-

servés, ont proposé des procédés opératoires spéciaux.

On peut enfin léser le péritoine. Quels sont donc les rapports précis de la séreuse pelvienne? Nous avouons que nous n'avons pas trouvé à cet égard de documents susceptibles d'éclaircir ce point et c'est plutôt d'après un raisonnement théorique, pensons-nous, que Baudry écrit les lignes suivantes :

Si l'utérus existe, le péritoine l'enveloppera comme d'habitude et se réfléchira en avant et en arrière à la hauteur ordinaire.

Si l'utérus manque, l'accolement de la vessie et du rectum se faisant à une hauteur variable, le cul-de-sac péritonéal sera situé plus ou moins haut dans le bassin.

En général, le péritoine va directement de la face antérieure de l'intestin à la face postérieure de la vessie ; quelquefois on rencontre un pli peu accusé de la séreuse, allant de droite à gauche ; plus souvent existent de chaque côté des plis bien accusés, véritables ligaments larges renfermant une lamelle musculaire très mince, rudiment de l'utérus d'où partent des ligaments ronds ; ou bien ces ligaments larges sont formés par l'accolement des deux feuillets seuls de la séreuse.

On comprend d'après ces données, que la blessure du péritoine soit possible ; mais elle est bien exceptionnelle, si nous en jugeons par les faits que nous avons pu recueillir ; elle est, en tout cas, plus rare encore que celle de la vessie ou du rectum.

Nous n'avons trouvé parmi les faits assez récents qu'un seul cas (Veit) où l'ouverture du cul-de-sac de Douglas eut lieu et fut réellement constatée au cours de l'opération.

Les craintes opératoires sont donc tout au moins exagérées et actuellement, avec notre antisepsie, la lésion accidentelle du rectum, de la vessie ou du péritoine n'est plus guère à redouter. Une semblable lésion se cicatrise souvent seule et évolue sans donner lieu à aucun phénomène fâcheux.

c) *L'opération est-elle inutile?* — Certes la création d'un vagin artificiel serait tout à fait inutile, si elle prétendait permettre la conception et la grossesse, puisque les organes génitaux profonds sont atrophiés ou absents. Car il faut faire abstraction des cas curieux relatés par Emmet (p. 27) et par Fletcher.

Fletcher, cité par Hegar et Kaltenbach, a entrepris la création d'un vagin artificiel, sans qu'il existât de phénomènes de molimen ou de rétention. Il s'agissait d'une femme de 22 ans, mariée, présentant un vagin complètement oblitéré. Le canal de l'urèthre se trouvait dilaté à la suite des tentatives de coït. Peu après l'opération, on vit apparaître le sang menstruel et la femme put devenir enceinte.

Ce sont là des éventualités sur lesquelles on ne doit pas compter. Mais est-ce une raison suffisante pour prétendre que la création d'un vagin artificiel soit toujours une opération inutile, puisqu'elle ne peut viser qu'un but, celui de permettre un coït infructeux?

Assurément non. On voit en effet des femmes désespérées du vice de conformation dont elles sont atteintes, devenant nerveuses, hystériques, ayant des tendances au suicide. Ces malheureuses réclament une intervention; nous ne sommes guère en droit actuellement de la leur refuser, étant donnée sa bénignité, et il est exact de dire

avec le regretté professeur Le Fort : « Les opérations faites pour remplir la seconde indication (permettre le coït) sont sans doute ce qu'on appelle des opérations de complaisance ; mais il est des circonstances où une opération de complaisance est presque une opération de nécessité. Nous connaissons des cas où le chirurgien a dû se rendre aux désirs de sa malade qui, tout en sachant bien ne pas pouvoir devenir mère, voulait au moins rester épouse, ce qu'elle n'avait pu encore devenir dans l'acception matérielle du mot.

Nous connaissons même un cas où un chirurgien des plus expérimentés a dû, pour céder aux prières et aux larmes de sa malade, créer un vagin artificiel, en ouvrant le canal de l'urèthre jusqu'au col vésical exclusivement, de telle sorte que ce vagin n'avait pour aboutissant que la vessie.

Il n'y a pas ici de règles à poser. C'est dans chaque cas particulier une question de circonstance que le chirurgien doit juger dans sa conscience ».

Et nous conclurons en définitive qu'en l'absence d'utérus, le chirurgien est autorisé, dans certaines conditions, à intervenir, chez une femme, pour faire un vagin qui n'existe pas ou est insuffisant, dans le seul but de permettre la copulation. Est-ce à dire qu'il atteindra toujours le but qu'il se propose à la satisfaction des deux conjoints ? C'est un point qu'il faudra examiner plus loin, après que nous aurons exposé la technique opératoire.

IV. — Technique de la création d'un vagin artificiel.

Nous avons, dans les pages précédentes, essayé de poser les indications et les contre-indications de l'établissement d'un vagin artificiel ; nous allons essayer, à présent, de fixer le meilleur procédé opératoire au point de vue des résultats définitifs.

Un grand nombre de procédés ont été préconisés ; nous les indiquerons successivement, puis nous jugerons leur valeur.

A. **Incision.** — Ce procédé ancien consiste, la malade étant dans la position de la taille, un cathéter étant dans la vessie et un doigt dans le rectum, à couper transversalement, à petits coups de bistouri ou de ciseaux, les tissus interposés, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la poche sanguine ou à une profondeur suffisante. On opère donc constamment à l'aide de l'instrument tranchant. Mais ce procédé a donné des insuccès presque constants ; il expose à des blessures sérieuses des organes voisins et, depuis les échecs de Haen, Macfarlane, Maisonneuve, etc., ce procédé est généralement abandonné. Cependant on n'a pas toujours échoué et Le Fort rapporte dans sa thèse (p. 153) un beau fait dans lequel Huguier réussit, à l'aide du bistouri seul, à se créer une voie jusqu'à une profondeur suffisante.

« Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans qui, malgré l'absence de vagin, n'éprouvait aucun symptôme de rétention menstruelle, mais qui désirait se marier. Le chirurgien plaça une sonde dans la vessie et la fit

attirer en haut par un aide afin d'écarter l'urèthre. Après avoir placé son doigt dans le rectum et saisi avec le pouce la partie inférieure de la vulve, il fit une incision transversale et continua ainsi de proche en proche par une dissection délicate, jusqu'à ce qu'il fût arrivé sur le col de l'utérus. La malade guérit et put se marier.

Néanmoins l'expérience a montré que, par le procédé de l'incision, le rétrécissement consécutif est presque fatal et souvent tel qu'il va jusqu'à l'oblitération.

Exceptionnellement on a cité des cas heureux. Il en était ainsi chez une femme opérée par Richet. En la revoyant plusieurs années après, il fut surpris de trouver un vagin très dilaté ; il est vrai que la patiente, sachant qu'elle n'avait pas d'utérus et ne pouvait être mère, s'était faite fille publique.

B. **Refoulement**. — Il semble que ce procédé ait été imaginé par Amussat (1) en 1832. Ce chirurgien conseillait d'avancer lentement, à petits pas, de refouler chaque jour les tissus dans la rainure vulvaire et de décoller jusqu'à une profondeur suffisante la vessie du rectum. Il mit ainsi quinze jours pour arriver jusque sur le foyer sanguin qu'il cherchait. Ce procédé a été longtemps en faveur, mais actuellement il est tombé en désuétude. En effet, il est beaucoup trop long, lorsqu'il s'agit de parer aux accidents, parfois pressants, de rétention cataméniale. D'autre part, il donne d'aussi mauvais résultats définitifs que l'incision simple.

C. **Électrolyse**. — Elle a été mise en usage par Le Fort sur une malade, que ce chirurgien a présentée guérie à

(1) Amussat, *Observations sur une opération de vagin artificiel*. Brochure Paris, 1835.

l'Académie de médecine (Séance du 1er avril 1876). Cette femme, âgée de 26 ans, avait ressenti, dès l'âge de 15 ans, les troubles généraux qui accompagnent les périodes menstruelles ; mais, par suite de l'absence du vagin, les règles ont été remplacées par des hémorrhagies supplémentaires, hémoptysie, hémorrhagies par la peau des jambes qui se fendillait, épistaxis, accompagnées de douleurs toujours très vives et souvent atroces. En 1872, elle était entrée à la Pitié, où M. Léon Labbé lui avait pratiqué successivement dix opérations qui n'avaient eu pour résultat que de créer un infundibulum vulvaire de quelques centimètres de profondeur. Découragée par l'insuccès de ses tentatives, la malade quitta l'hôpital, après y avoir séjourné plusieurs mois. Les douleurs, les hémorrhagies supplémentaires continuant, elle était entrée en 1875 à Beaujon où M. Th. Anger lui fit sa onzième opération qui augmenta la profondeur de l'infundibulum, mais fut suivie d'une pelvi-péritonite grave.

Le Fort traita la malade en janvier 1876. Le moyen qu'il employa consista à introduire un cylindre de buis terminé par un embout métallique, mis en rapport avec le pôle positif d'une batterie de petits éléments au sulfate de cuivre, le pôle négatif aboutissant à une plaque métallique entourée d'un linge mouillé placé sur l'abdomen ; le courant était très peu énergique, afin de ne pas provoquer de douleurs et de n'amener de petites eschares qu'au contact immédiat des réophores métalliques.

L'appareil était mis en place chaque soir et conservé toute la nuit. Peu à peu la tige fit son chemin dans la cloison vésico-rectale et, le 26 février, elle avait pénétré

jusqu'au col utérin, car, pour la première fois, la malade eut à l'époque menstruelle un écoulement de sang par le vagin, écoulement peu abondant, se faisant jour difficilement encore, car il y eut, conjointement, des douleurs abdominales et une légère hémoptysie. Mais le mois suivant, le traitement, qui avait été continué, avait creusé un canal suffisamment large, les règles furent normales, sans douleurs, et eurent lieu depuis avec la plus grande régularité. Le 1er juillet, le traitement fut repris pour donner au vagin une largeur suffisante.

Le 29 juillet, l'examen au spéculum permettait de constater la présence du col utérin, col petit et irrégulier, placé à 10 centimètres de profondeur.

Un hystéromètre entrait à 5 centimètres dans la cavité utérine.

Bien que Le Fort ait obtenu un réel succès, l'électrolyse a, comme la méthode d'Amussat de laquelle nous l'avons à dessein rapprochée, l'inconvénient d'être un procédé lent. Bonne quand on redoutait les infections septiques, elle expose, malgré toutes les précautions, à la production d'eschares trop étendues, susceptibles, à leur chute, d'ouvrir la vessie ou le rectum. Aussi Le Fort n'a-t-il guère trouvé d'imitateurs.

Je passe à dessein sous silence des procédés qui se rapprochent des précédents et dans lesquels on se fraie une voie à l'aide des caustiques chimiques ou du thermocautère. Ces procédés n'ont plus qu'un intérêt historique.

D. **Incision et décollement.** — Cette méthode mixte a été imaginée par Dupuytren en 1817. Elle est ainsi décrite par Picqué :

La femme, étant endormie, est placée dans le décubitus, dorso-sacré ; on met une sonde d'homme dans la vessie, l'index gauche sera introduit dans le rectum.

A égale distance de l'urèthre et de l'anus, on pratiquera au bistouri une incision transversale. A l'aide des doigts ou d'instruments mousses, on cherchera à décoller les parois de la vessie de celles du rectum. Le doigt gauche et le cathéter serviront de guides. Des écarteurs et des érignes mettront bien en évidence le champ opératoire.

Aussitôt que, par le décollement, on sera arrivé assez près de la poche pour sentir la résistance, on y plongera un trocart, on laissera écouler un peu de liquide ; puis retirant le trocart, on le remplace par une sonde cannelée et, à l'aide d'un bistouri boutonné, on incisera latéralement sur la sonde.

Ce manuel opératoire convient, comme on le voit, aux cas où existent l'utérus et la partie supérieure du vagin, le premier fournissant du sang aux époques menstruelles et la portion persistante du vagin se dilatant pour le recevoir.

Ainsi a opéré Frank dans le cas que nous avons indiqué plus haut. Ici se rangent plusieurs autres observations, que nous allons de suite mentionner :

Observation VII. — *Création d'un vagin artificiel par incision et refoulement. — Excellent résultat* (1).

X..., 15 ans. Entrée dans les premiers mois de l'année 1866. Elle se plaint de douleurs vives dans les reins et le bas-ventre, avec

(1) Dolbeau, Absence cong. du vagin. Créalion d'un artificiel. Guérison. *Gaz. hôpit.*, 1866, p. 333. Bonnecaze, *Trait. chir. des imperforations con-*

nausées, vomissements et état fébrile assez intense. Ces accidents ne duraient d'abord que quelques jours et revenaient d'une façon périodique.

Au-dessous du méat, on constate un hymen normal et arrivant en arrière jusque près de la commissure postérieure des grandes lèvres. La membrane offre à son centre un petit orifice qui pouvait recevoir l'extrémité d'un stylet ; mais celui-ci est brusquement arrêté et ne peut pénétrer au delà de quelques millimètres.

A 6 centimètres de l'anus, on sent une saillie en forme de boudin qui semble remonter du côté du pubis. Cette saillie n'est pas exclusivement médiane ; elle empiète un peu à droite ; elle est très dure.

Le toucher rectal combiné au cathétérisme vésical permet de constater l'absence du vagin sur une longueur de 4 centimètres.

On fit sur le périnée une incision transversale comme pour la taille prérectale de Nélaton. En cheminant vers la profondeur par voie de décollement, on arrive sur une poche distendue qui fut largement ouverte et d'où s'écoula une assez grande quantité de sang noirâtre.

Suites opératoires satisfaisantes. Un mois plus tard les règles n'avaient pas reparu. Dilatation quotidienne du vagin avec un gros cylindre en étain.

Le 18 août, les règles sont arrivées.

Le 4 octobre, on constate que le vagin est resté perméable et qu'on peut y introduire deux doigts.

En mars 1872, Dolbeau revoit la malade, qui est devenue une grande et belle femme et qui vient lui demander si elle peut se marier. Dolbeau constate l'existence d'un canal muqueux qui commence là où devrait exister le périnée, c'est-à-dire à 3 millimètres en avant de l'anus. Ce canal, creusé le long de la paroi antérieure du rectum, est tapissé par une muqueuse lisse et humide ; on peut y introduire facilement l'index et le médius réunis. Ce canal se laisse déprimer un peu d'avant en arrière, mais surtout de bas en haut. A l'extrémité de ce canal souple long de 5 centimetres, on heurte contre l'orifice d'un canal fibreux

génitales du vagin. Thèse de Paris, 1872. Dolbeau, De la création d'un vagin artificiel et des suites éloignées de cette opération. *Bull. de thérap.*, 1874, I, p. 97.

qui ne permet pas l'entrée du doigt et qui s'oppose à ce qu'on atteigne le col de l'utérus. On arrive à faire pénétrer un hystéromètre sur une longueur de 3 à 4 centimètres.

L'utérus est à sa place et on peut le sentir au travers de la paroi rectale.

La malade est bien réglée tous les mois.

Dolbeau permit le mariage ; il apprit que le coït pouvait se faire régulièrement, à la satisfaction des deux époux.

La malade est devenue enceinte et, avec l'aide du professeur Tarnier, l'accouchement a eu lieu à terme et a été assez facile.

Observation VIII. — *Absence complète du vagin avec atrésie de l'utérus. — Création d'un vagin par refoulement* (1).

M. L..., 14 ans 1/2, souffre depuis un an de douleurs périodiques dans le bas-ventre, qui reviennent à présent plus intenses et plus longues. L'examen de la région hypogastrique fait découvrir une tumeur arrondie, élastique, atteignant presque l'ombilic et s'étendant un peu plus à gauche de la ligne médiane. Pas trace de vagin dans ses deux tiers antérieurs. Vulve normale.

Incision transversale, décollement aux ciseaux courbes ; dilatation immédiate avec un spéculum. Sans qu'il soit possible de distinguer un orifice utérin, on ponctionne avec un gros trocart ; évacuation de liquide chocolat, introduction d'un dilatateur utérin. Lavage à la solution phéniquée, tamponnement.

Suites opératoires bonnes. Le 3e jour débâcle abondante. 15 jours plus tard les règles viennent et se font naturellement, sans douleur.

Observation IX. — *Absence du vagin. — Hématomètre. — Création d'un vagin artificiel par incision et refoulement* (2).

Une négresse, âgée de 14 ans, vint me voir le 13 avril 1893, avec sa mère ; elle était malade depuis plusieurs mois. Elle n'avait jamais été réglée. Elle se plaignait de douleurs très intenses, siégeant dans

(1) Reeve, *Med. News*, 1884, XLIV, p. 441.
(2) Da Costa, *Medical News*, Philadelphia, sept. 1894, p. 269.

le bassin et la partie inférieure de l'abdomen. Ces souffrances avaient commencé en 1892 ; elles duraient d'abord 4 jours, disparaissaient pour revenir tous les mois. Depuis plusieurs semaines elles étaient continuelles, ne cessaient plus ; le ventre avait progressivement augmenté de volume.

Jeune fille bien développée. Dans la partie inférieure de l'abdomen, on découvre une tumeur ayant les dimensions d'un utérus au 6e mois de la grossesse ; arrondie, mate et manifestement fluctuante.

Absence de vulve. Tout l'espace compris entre l'urèthre et l'anus était occupé par une masse ferme, charnue, sans trace d'hymen ou de vagin. Aucun bombement comme celui qu'on observe dans l'imperforation de l'hymen, aucune trace d'inflammation ou de ramollissement.

Au toucher rectal, on constate à 6 centimètres de l'anus une collection fluctuante ; impossibilité de sentir un col utérin ; pas de tissu entre vessie et rectum ; donc vagin absent. Cependant le schéma annexé par Da Costa à son observation semble indiquer que le corps périnéal était assez développé.

Opération le 17 avril. — Incision transversale au-dessous du méat urinaire ; creusement du vagin, à l'aide des ciseaux et du doigt, un cathéter étant dans la vessie et l'index gauche dans le rectum. Arrivé à une faible distance de la collection, on y plonge un trocart ; l'ouverture est rapidement élargie, et on évacue une grande quantité de sang poisseux. Lavages antiseptiques.

On continue pendant 15 jours la dilatation avec l'instrument de Sims. La malade a été revue au bout de plusieurs mois en parfait état ; le résultat était satisfaisant et le néo-canal n'avait aucune tendance à se rétrécir.

Observation X. — *Absence de vagin. — Création d'un artificiel par incision et refoulement* (1).

« J'ai eu l'occasion, dit Tédenat, d'observer une femme forte, robuste, qui, à l'âge de 13 ans, avait éprouvé des coliques dans les deux côtés du ventre et quelques douleurs dans les reins ; ces phénomènes ne

(1) Tédenat, *Nouveau Montpellier médical*, 1893, II, p. 416.

s'étaient pas accompagnés d'écoulement sanguin. Puis elle s'était mariée et ses rapports sexuels avaient été très difficiles.

Par l'examen on constate que l'urèthre n'est pas dilaté, que l'orifice vulvaire conduit à une cavité profonde de 4 à 5 centimètres, qu'il existe un utérus piriforme et des ovaires. Cette malade a remarqué qu'à chaque période menstruelle, très douloureuse, l'utérus augmente de volume, sans qu'il y ait d'hémorrhagie externe. Avec beaucoup de précaution et lentement, j'arrive à pratiquer à travers les tissus un conduit qui me permet d'atteindre le col. Je fais le cathétérisme de la cavité utérine ; il en sort un sang noirâtre.

Lorsque je l'examinai de nouveau, l'utérus me parut avoir diminué de volume. La malade partit et pendant 4 à 5 mois, elle a eu une menstruation constituée par quelques gouttes de sang. Mais le vagin que j'avais créé artificiellement n'ayant pas été maintenu dilaté, s'est peu à peu rétréci. Les douleurs ont repris ».

Observation XI. — *Absence congénitale du vagin. — Création d'un artificiel par incision et décollement.* — D. Mollière (1).

Femme mariée, âgée de 22 ans. Depuis l'âge de 17 ans, elle ressentait tous les malaises qui accompagnent les règles ; mais jamais l'écoulement sanguin n'a eu lieu. Le coït a toujours été impossible.

Organes génitaux externes normaux. Pas trace d'orifice vaginal. L'examen montre qu'il s'agit d'une absence congénitale du vagin avec rétention menstruelle.

5 *mars.* — Une incision transversale est pratiquée, immédiatement au-dessous du méat et allant de la racine d'une petite lèvre à l'autre. L'index gauche dans le rectum, une sonde dans la vessie, la dissection est poursuivie à petits coups de bistouri, à l'aide des ciseaux mousses et du doigt. Pendant ces manœuvres des vaisseaux volumineux sont sectionnés ; l'hémorrhagie abondante qui en résulte est arrêtée au moyen de pinces hémostatiques. On arrive ainsi jusqu'au col dont on reconnaît l'orifice.

Une mèche de charpie est introduite dans le vagin qui a 8 centimètres de long et admet deux doigts. Le lendemain, substitution à la mèche d'un tube de verre.

(1) Mollière, *Lyon médical*, 1879-80, XXXII, p. 451.

Le 5e jour après l'opération, menstruation abondante sans douleurs.

Pendant deux mois, la malade sortie de l'hôpital néglige l'introduction quotidienne d'une sonde dans le vagin.

Quand on la revoit le 25 juin, on trouve le nouveau vagin considérablement rétréci, paraissant recouvert d'une muqueuse de nouvelle formation. Dilatation au moyen d'éponges préparées.

Elle quitte l'hôpital le 29 août 1879, avec la recommandation de continuer à introduire chaque jour des corps dilatants. La guérison ne s'est pas démentie et la menstruation a toujours été normale depuis l'intervention.

On voit que, dans tous les cas que nous venons de relater, l'opération a été exécutée à peu près de la même façon. Elle est simple en général.

L'hémorrhagie n'est guère à redouter. On ne l'a guère observée, assez sérieuse, que dans le dernier fait que nous venons de rapporter, celui de Mollière. Il en était de même dans un autre dû à Hildebrand cité par Breisky, dans lequel il fallut faire le tamponnement.

La méthode mixte de Dupuytren, plus ou moins modifiée, a été mise en usage également dans des circonstances anatomiques différentes. L'utérus, en effet, peut manquer, ou s'il existe, le col peut être oblitéré. Il en était ainsi chez la jeune fille de Polaillon. N'étant guidé par aucune poche sanguine et craignant que la distension des parties juxta-utérines n'amenât la blessure des culs-de-sac péritonéaux, ce chirurgien a pratiqué son opération en deux temps. Voici l'opération de M. Polaillon qui est un modèle, et qui, pour ce motif, mérite d'être rapportée avec détails :

Observation XII. — *Absence complète du vagin. — Douleurs menstruelles périodiques. — Création d'un vagin artificiel* (1).

La nommée M. D..., couturière, âgée de 21 ans, entre le 10 mars à la Pitié. A l'âge de 15 ans, elle commença à souffrir dans le ventre. Les douleurs débutèrent tout à coup, prirent une grande intensité et durèrent peu de temps. Après 3 mois de calme, nouvelles douleurs dans le bas-ventre et les reins ; puis cessation après 3 jours. Jusqu'à 18 ans, mêmes douleurs se reproduisant à intervalles variables. Mais, à partir de cet âge, elles se régularisèrent, revenant au commencement de chaque mois, durant plusieurs jours. Parfois une crise de diarrhée, non mélangée de sang, survenait vers le 2e ou 3e jour de la période douloureuse. Dans ce cas, les souffrances étaient moins vives et duraient moins longtemps.

Quand M. Polaillon vit la malade, les douleurs menstruelles duraient une dizaine de jours. Elles cessaient pendant la nuit, reparaissaient dans le jour sous l'influence de la station debout et de la marche et rendaient tout travail impossible. Le ventre n'augmentait pas de volume pendant les douleurs.

Organes génitaux externes bien développés. Mais il n'y a point d'ouverture vulvaire. Si l'on déprime, avec l'extrémité du doigt, la muqueuse qui tapisse l'espace compris entre le méat urinaire et la commissure postérieure des grandes lèvres, on est immédiatement arrêté par un plan très résistant.

En palpant le ventre, on sent, entre l'ombilic et le pubis, une tumeur mobile, lisse, arrondie, grosse comme une orange, douloureuse à une forte pression. Par le toucher rectal, on trouve, à une profondeur de 8-9 centimètres, l'extrémité inférieure de la tumeur abdominale. Celle-ci se termine en bas par une saillie dure, qui paraît être le col d'un utérus.

Une sonde étant introduite dans le vagin, on voit qu'elle n'est séparée du rectum que par une mince couche de tissu. Il n'y a entre rectum et vessie aucun vestige du conduit vaginal. Il n'y a même pas, comme on

(1) Polaillon, *Bullet. mém. de la Soc. de chir.*, 29 mars 1887. — *Gaz. médic. de Paris*, 1887, n° 15, p. 169.

l'observe dans les cas analogues, un cul-de-sac supérieur du vagin, dans lequel le col de l'utérus viendrait s'aboucher et dans lequel le sang des règles s'accumulerait.

La tumeur abdominale représente l'utérus, dont l'orifice cervical est oblitéré et dont le corps est un peu distendu par le sang menstruel. La mobilité de cet utérus indique encore qu'il n'est pas retenu à sa partie inférieure par un cordon fibreux résistant, tenant lieu de vagin.

Du 5 au 15 mars, violentes crises de douleurs caractérisant la période menstruelle ; distension médiocre de l'utérus.

Il était indiqué de créer un vagin artificiel.

23 *mars.* — 1re *opération.* — Chloroformisation.

« Avec le doigt, je déprime en cul-de-sac la muqueuse, au niveau du point où doit se trouver l'entrée vaginale ; puis j'incise transversalement au fond de ce cul-de-sac. En agissant ainsi par la pression du doigt, je dédouble la paroi rectovaginale. Une grosse sonde, introduite dans la vessie, m'indique à chaque instant où est la vessie. Le toucher rectal m'apprend en même temps si je me rapproche trop du rectum. A mesure que je pénètre plus profondément, j'aide l'action du doigt avec une spatule mousse. Je creuse ainsi un large canal qui a la longueur de l'index et qui arrive jusqu'au voisinage de l'utérus. Il est impossible de reconnaître le col de cet organe qui se déplace avec une grande facilité, comme un corps flottant dans l'abdomen ».

La plaie est irriguée avec une solution phéniquée et le trajet vaginal rempli avec des tampons de gaze iodoformée.

30 *mars.* — Les tampons sont enlevés. Le vagin artificiel admet un spéculum Cusco ordinaire. Cette exploration ne fait découvrir aucune saillie ressemblant à un col utérin. En pratiquant le toucher, on constate que le fond du vagin est encore à 3 centimètres de l'utérus. Nouveau remplissage du vagin avec de la gaze iodoformée.

8 *avril.* — Quelques petites douleurs dans le bas-ventre. Mais les douleurs qui apparaissaient dans les premiers jours du mois ne se font plus sentir.

12. — Le conduit vaginal s'est notablement rétréci et l'introduction du spéculum est très douloureuse. Mais, en se rétrécissant, les parois du vagin artificiel sont devenues plus solides et plus épaisses. Les fonctions vésicales et rectales s'accomplissent bien.

15. — 2e *Opération* : Chloroformisation.

« Je constate que le rétrécissement du vagin artificiel a surtout lieu à une distance de 2 ou 3 centimètres de la vulve. Dans ce point le doigt rencontre une sorte d'anneau plus résistant en arrière qu'en avant, anneau qui est vraisemblablement formé par la perforation du releveur et de ses aponévroses. Au-dessus de ce rétrécissement annulaire, on trouve un cul-de-sac de 2 ou 3 centimètres de profondeur. A ce moment, le vagin artificiel n'avait donc qu'une longueur totale de 5 à 6 centimètres.

Mon premier soin fut d'élargir cet anneau en déchirant avec le doigt les tissus qui formaient son contour. Puis une sonde étant introduite dans le vagin et un doigt dans le rectum, je me mis à cheminer vers l'utérus en décollant les tissus avec une spatule mousse.

Enfin, j'arrive jusqu'à l'utérus. Cet organe est si mobile et si profondément placé, que, pour explorer son segment inférieur, il faut le fixer et l'abaisser, en pressant fortement sur la région hypogastrique. Je reconnais un col sur lequel il m'est impossible de trouver un orifice. Je me résous à inciser l'utérus. Pour cela je me sers de la lame en rondache d'un scarificateur du col. Je dirige la lame avec le doigt jusqu'au contact de la paroi utérine et je l'incise à peu près dans le point où l'orifice devrait exister. Cette incision n'offrant pas une étendue suffisante je l'agrandis avec un lithotome à deux lames que j'introduis fermé dans la cavité utérine et que je retire avec un écartement des lames réglé à 2 cm. 1/2.

Au moment de l'inciser avec le scarificateur, une cuillerée à bouche d'un liquide noirâtre sans odeur s'est écoulée par le vagin. Après agrandissement de l'incision avec le lithotome, nouvel écoulement d'un liquide semblable. La quantité totale de ce liquide peut être évaluée à un quart de verre. L'utérus n'est plus distendu.

L'opération s'est terminée sans lésion de la vessie ni du rectum. Le péritoine qui est voisin de l'incision utérine ne semble pas avoir été intéressé. Le vagin artificiel est rempli de tampons iodoformés ».

Le 17 *avril*, les tampons, n'offrant pas assez de résistance contre la rétraction cicatricielle, sont remplacés par cinq drains en caoutchouc rouge, gros comme le petit doigt, attachés les uns aux autres de ma-

nière à former un faisceau cylindrique long de 10 centimètres. Tous les jours, injection antiseptique dans ces tubes sans les déplacer.

Le 21, le toucher et le palper combinés font constater que l'utérus est notablement revenu sur lui-même. Son bord supérieur offre 2 bosselures latérales séparées par une encoche. Au fond du vagin on voit à l'aide du spéculum une surface rouge de bourgeons charnus.

Le 3 *mai*, les douleurs menstruelles ne se font pas sentir, l'utérus ne se tuméfie pas. Le liquide qui s'écoule par le vagin semble un peu plus abondant et plus coloré. Les époques suivantes sont caractérisées par des douleurs ou pesanteur dans les reins et ténesme anal. Mais elles ne donnent lieu à aucun écoulement par la vulve et l'utérus n'est pas le siège d'une tuméfaction appréciable.

L'opérée a porté constamment, pendant 4 mois, le cylindre vaginal formé par des tubes en caoutchouc. Néanmoins, la rétraction cicatricielle a diminué le calibre et la longueur du néovagin. L'orifice vulvaire s'est constitué aux dépens de la muqueuse des parties génitales externes qui a été attirée en dedans, à mesure que les bourgeons charnus du conduit vaginal se cicatrisaient. L'établissement d'un orifice vulvaire bien bordé par la muqueuse a permis de remplacer les tubes de caoutchouc par un pessaire à air que l'on dilatait dans le vagin après son introduction.

Le 13 *novembre* 1886, M. D... quittait la Pitié. Elle avait un vagin permettant la copulation. Elle n'était pas réglée. Mais les douleurs excessives qui accompagnaient avant l'opération chaque menstruation avaient été remplacées par un malaise fort supportable.

M. le professeur Tillaux est également partisan d'une intervention, conduite en plusieurs séances ; il conseille d'opérer au bistouri, au thermocautère ou à l'aide de l'électrolyse.

Emmet, au contraire, n'est nullement un adepte de l'opération pratiquée en plusieurs séances. En effet, dit ce chirurgien, si on ne pratique qu'une partie de l'opération et qu'on la complète plus tard, la rétraction se fera toujours au

point où s'est terminée la première opération et où on a commencé la seconde. Ce sera là une source d'irritation pour l'avenir, puisqu'il faudra toujours dilater davantage la bande, avant de pouvoir dilater l'autre portion du canal. La surface de ce canal est essentiellement cicatricielle et se rétractera à un degré plus ou moins considérable ; mais quand la cicatrisation s'est faite sur du verre, elle se rapproche davantage comme caractère de la membrane muqueuse. Lorsque les tissus ont été divisés avec le couteau, la rétraction est toujours plus grande que lorsqu'ils ont été lacérés ou divisés au moyen de ciseaux. Si on ouvrait un passage avec le couteau seul, le tampon serait graduellement expulsé par adhérence des surfaces de haut en bas, jusqu'au retour de l'état primitif. Cela arrivera toujours, à moins qu'une certaine portion de la membrane muqueuse ne soit restée intacte à la partie supérieure du canal.

Lorsqu'on a simplement fait une section du vagin, aussi longtemps qu'on maintiendra la bougie en place, le diamètre requis pourra être conservé, mais si l'on cesse de s'en servir, les tissus incisés se rétracteront graduellement jusqu'à ce que le faux passage soit oblitéré ou réduit à un simple sinus. L'expérience nous enseigne qu'une surface qui a été déchirée se guérit moins rapidement qu'une surface qui a été divisée avec le couteau.

En conséquence, si les tissus ont le caractère cicatriciel, on cherchera à gagner du temps, comptant sur l'effet modificateur de l'absorption que déterminera la pression du dilatateur (Emmet, p. 187).

Polaillon, ainsi que nous l'avons vu, dut, dans une seconde intervention, inciser le col imperforé pour donner issue au sang contenu dans l'utérus.

Azéma lui aussi, dans son cas, a dû remédier à cet accident : Voici l'observation de sa malade :

Observation XIII.— *Absence complète du vagin. — Imperméabilité et peut-être absence du col de l'utérus. — Création d'un vagin et d'un orifice utérin artificiels.* — Azéma (1).

Le 3 septembre 1891, je fus mandé auprès d'une jeune mulâtresse de 14 ans, qui souffrait de douleurs atroces du ventre et qui n'avait jamais été réglée. Déjà, un mois auparavant, elle avait, pour la première fois, éprouvé les mêmes douleurs, mais moins intenses. Aucune perte de sang ne s'était manifestée, mais son ventre était resté gros.

Pas d'antécédents personnels. Aucune malformation des organes génitaux chez ses ascendants. La jeune fille est bien musclée. Les seins sont normalement conformés.

Les organes génitaux externes sont ombragés de poils assez abondants. Les grandes lèvres sont bien conformées, les petites lèvres ne sont représentées de chaque côté que par une crête de 2 à 3 millimètres de haut. Le clitoris et le méat urinaire sont parfaitement visibles et normalement situés. La fourchette est dessinée ; la fossette naviculaire est à peine déprimée.

Il n'existe pas d'orifice vaginal. Le tissu muqueux qui recouvre les petites lèvres se continue sans interruption sur la ligne médiane, formant une membrane épaisse qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane ne saurait être confondue avec l'hymen, car elle est située sur un plan plus antérieur que celui-ci.

La partie sous-ombilicale de l'abdomen est augmentée de volume. Le palper délimite assez exactement dans cette région une tumeur arrondie, située sur la ligne médiane et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher rectal permet de percevoir cette tumeur volumineuse, dure, lisse, qui bombe dans le rectum. Le doigt ne peut parvenir à la circonscrire par en haut. Elle transmet au doigt, mis dans le rectum, les mouvements de déplacement que lui

(1) Azéma, *Annales de gynécologie*, mars 1893, p. 214.

imprime la main posée sur l'abdomen. La vessie à l'état de plénitude est refoulée en haut et en avant. L'urèthre et le rectum se touchent, n'étant séparés que par une cloison peu épaisse, disposition rendue évidente par une sonde introduite dans l'urèthre et un doigt dans le rectum.

Absence complète du vagin, avec conservation de l'utérus en état de rétention de sang menstruel : tel était d'après cet examen le diagnostic qui s'imposait.

Il était nettement indiqué d'intervenir. Les douleurs atroces, la possibilité soit d'une rupture utérine, soit de la pénétration dans le péritoine de ce molimen par les trompes peut-être dilatées, justifiaient notre intervention, qui fut pratiquée le lendemain.

La malade étant chloroformisée et les précautions antiseptiques étant prises, la jeune fille est placée sur le bord du lit dans la position obstétricale. Mon doigt gauche, continue Azéma, étant mis dans le rectum, une sonde maintenue dans l'urèthre par un aide sont les points de repère qui devront nous guider. Une incision verticale, partant de 3 millimètres au-dessous du méat urinaire et s'arrêtant à la fossette naviculaire, est pratiquée sur la membrane qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane épaisse, ainsi fendue verticalement, permet l'introduction de l'extrémité digitale. Dès lors, tantôt déchirant avec les doigts les tissus peu résistants, tantôt sectionnant avec le bistouri les brides fibreuses qui résistent à l'action du doigt et de la sonde cannelée, nous finissons par créer, entre la vessie et le rectum, une voie pouvant admettre l'introduction de l'index et du médius, et pouvant avoir de 6 à 7 centimètres de longueur. Les bandes fibreuses qui crient sous le couteau sont au nombre de trois : la première est à deux centimètres de la vulve, la dernière limite la tumeur. A l'extrémité de ce tunnel, nous sentons l'utérus gonflé sous notre doigt. Il nous est impossible de découvrir le col. Au moyen d'un fin trocart, nous ponctionnons cette tumeur. Il s'en écoule un liquide sanguin noirâtre, sirupeux. Aucune pression n'est exercée sur la tumeur que nous laissons se vider lentement par l'étui du trocart resté à demeure pendant 24 heures. Le vagin, ainsi constitué, est bourré de tampons antiseptiques que maintient un bandage en T.

Les suites de cette opération furent extrêmement favorables. Mais si elle avait satisfait à l'indication pressante qui était de vider l'utérus, de calmer les douleurs et de prévenir des dangers imminents, il restait à pratiquer une intervention complémentaire destinée à mettre les organes en état de fonctionner normalement dans l'avenir. Il fallait, en un mot, agrandir la voie vaginale, aller à la recherche du col et s'assurer de son intégrité. Le 16 septembre la jeune fille fut endormie à nouveau. Opérant avec les mêmes précautions pour ne pas léser la vessie et le rectum, il fut possible d'obtenir un élargissement du vagin tel qu'un spéculum bivalve de Cusco put y être introduit. Il fut impossible, malgré les délabrements péri-utérins, de sentir avec le doigt et de voir à travers le spéculum l'orifice du col utérin. Dans ce but de recherche, nous fûmes conduits à décoller avec l'ongle le péritoine en avant et en arrière de l'utérus dans une très faible étendue. Nos investigations demeurèrent infructueuses. Le toucher, fait avec minutie par le rectum, ne nous renseigna pas davantage. Il était évident que le col, s'il existait, devait être bien anormalement placé.

Des tampons de gaze iodoformée comblèrent le vagin. Les jours qui suivirent ne furent traversés par aucun incident. La température se maintint entre 37° et 37°7. Un peu de sensibilité au bas-ventre pendant 2 ou 3 jours, puis tout rentra dans l'ordre. Les pansements antiseptiques à la liqueur de Van Swieten et à la gaze iodoformée furent renouvelés chaque jour.

Les choses marchèrent ainsi jusqu'au 17 octobre, où la malade fut reprise des phénomènes douloureux de la menstruation. Dans la nuit du 18 au 19, son utérus commença à grossir. Le 20 il avait acquis le volume de deux poings. Par le spéculum que nous introduisons, mais cette fois avec difficulté, car les parois cruentées du vagin tendent à revenir sur elles-mêmes, nous apercevons l'utérus bombant rouge et lisse au fond du conduit que nous avions sculpté. Nous cherchâmes, mais sans la trouver, la place où, un mois auparavant, avait pénétré notre trocart. Une nouvelle ponction utérine dans l'axe du vagin fut exécutée. L'étui du fin trocart resta à demeure et donna issue au molimen hémorrhagique. Toutes les précautions furent prises pour éviter l'entrée de l'air dans le foyer. L'utérus se vida lentement. Le pan-

sement fut renouvelé le lendemain, mais l'instrument ne fut pas retiré.

Lorsqu'au bout du 3e jour, l'utérus fut revenu sur lui-même, que tout le sang avait été évacué, nous fîmes sur la paroi utérine, de chaque côté de l'étui du trocart, une incision au bistouri. Nous avions de cette façon agrandi l'orifice du trocart, que nous retirons alors pour le remplacer par un bout de sonde en caoutchouc répondant au n° 14 de la filière Charrière. Cette sonde, qui ne resta pas toujours en place, rejetée qu'elle était par la contraction utérine, était chaque matin lavée et réintroduite. Au bout de 18 jours, la fistule était constituée, mais son calibre avait diminué et on ne pouvait guère introduire qu'une sonde répondant au n° 10 ou 11 de la filière.

Pendant ce temps le vagin se tapissait de bourgeons charnus et perdait de sa largeur. La coarctation augmentant, il serait fatalement arrivé un moment où, à une menstruation ultérieure, nous nous serions trouvé aux prises avec les mêmes difficultés. Aussi fîmes-nous une dernière intervention, consistant à mettre sur les bourgeons charnus du vagin des greffes prises à la vulve. La face interne de chaque grande lèvre fournit à la paroi vaginale correspondante un lambeau de forme quadrilatère. Ce lambeau resta adhérent à la grande lèvre par un côté du quadrilatère qui ne fut pas sectionné. Le lambeau fut amené par glissement dans le vagin où il fut étalé sur les bourgeons charnus et fixé par quelques points de suture. Dix jours après, la même opération fut recommencée sur la paroi inférieure qui reçut un lambeau de la fourchette. Pour la paroi supérieure, les greffes latérales devaient, en se rencontrant, lui fournir un revêtement épithélial, les petites lèvres atrophiées ne pouvant lui assurer un lambeau. Les greffes nourries par leur pédicule ne se sphacelèrent pas et, au bout d'un mois, l'on put voir se dessiner sur la paroi vaginale des traînées blanchâtres de tissu épithélial. Sur ces entrefaites une nouvelle menstruation douloureuse s'était produite, mais le sang avait été évacué par l'orifice utérin que notre trocart avait créé.

Six semaines après l'application de ces greffes, le vagin semble dans presque toute son étendue être revêtu d'un tissu protecteur. Mais combien il avait diminué de calibre ! Il n'admettait plus que l'introduction

de l'index et du médius. Nous essayâmes de le dilater, matin et soir avec les doigts et les tampons.

Nous engageâmes la malade à répéter elle-même les séances de dilatation. Nous la revîmes en avril 1892, c'est-à-dire 4 mois après. La menstruation s'était produite 3 fois chez elle. Elle avait toujours été douloureuse, mais le sang avait, toutes les fois, été évacué par le vagin. Celui-ci n'admettait plus que le médius. En novembre 1892, nous avons, une dernière fois, revue notre opérée dans le même état.

Observation XIV. — *Atrésie étendue du vagin. — Hématomètre. — Opérations multiples.* — Riedinger (1).

Jeune fille de 16 ans, présentant tous les phénomènes de rétention des règles. Absence presque totale du vagin.

1re *Opération.* — La muqueuse du cul-de-sac vulvo-vaginal est incisée transversalement sur une longueur de 2 cm. 1/2, puis on pénètre avec le doigt à 3 centimètres de profondeur. Ponction exploratrice et dilatation de l'orifice ainsi créé. Celui-ci se rétrécit et se ferme rapidement.

2e *Opération.* — Réouverture du canal. On blesse la vessie au cours de l'intervention. La plaie faite à celle-ci est suturée et se ferme.

3e *Opération.* — On recommence, en pénétrant entre rectum et vessie, à l'aide d'instruments mousses ; évacuation de la collection sanguine ; suture de la poche à l'orifice du col utérin artificiellement créé. Guérison définitive.

Un hématosalpinx constaté au moment de la première opération s'évacue spontanément et totalement par le néo-vagin.

Observation XV. — *Absence du vagin. — Création d'un artificiel par incision et refoulement.* — More-Madden (2).

Jeune fille de 17 ans, entrée le 16 août 1889. Jamais réglée. Depuis 3 ans souffre tous les mois de vives douleurs dans le bas-ventre. On sentait dans la région de l'utérus une tumeur du volume du poing.

(1) Riedinger, *Wien. Med. Woch.*, 1886, nos 46-47.
(2) More-Madden, *Lancet*, 1890, I, p. 236 et 290.

L'examen sous le chloroforme fait reconnaître une absence du vagin dans ses deux tiers antérieurs ; l'hymen est intact ; les organes génitaux externes et les seins bien développés.

Opération le 7 novembre. — Incision en H ; la branche transversale passant à égale distance de l'anus et de l'urèthre, les deux verticales longeant les petites lèvres. On pénètre avec les précautions habituelles jusqu'à 6 pouces de profondeur. On ne découvre pas trace de col. Ponction, avec un bistouri, dans la partie la plus accessible de l'utérus. On enfonce un cathéter dans la cavité de celui-ci ; évacuation de sang ; diminution de la tumeur abdominale. Lavage ; drains à demeure ; tamponnement iodoformé. Néanmoins le nouveau canal a d'emblée une grande tendance à se rétrécir. Au bout de 10 jours, se produit une forte décharge sanguine. Depuis la malade est restée bien portante.

Le vagin artificiel admet deux doigts. Le 7 décembre, la menstruation s'est accomplie d'une façon normale.

Notre maître M. Gérard Marchant est allé plus loin et voici son intéressante observation.

Observation XVI (personnelle). — *Imperforation de l'hymen et absence totale du vagin. — Création d'un vagin artificiel. — Laparotomie et abouchement du col utérin au fond du néo-vagin.*

La nommée Guilcher Marie, âgée de 19 ans, entre le 24 mars 1893 à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 10.

Antécédents. — Cette malade a eu deux sœurs, mortes l'une de fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans, l'autre à la suite d'abcès multiples. *Ces deux sœurs n'avaient jamais été réglées.*

Vers l'âge de 17 ans, la malade elle-même a ressenti pour la première fois de vives douleurs de la tête, dans les reins et le bas-ventre. Ultérieurement, ces symptômes se sont reproduits tous les mois. Ces douleurs, qui duraient 3 ou 4 jours environ, s'accompagnaient de vomissements verdâtres assez abondants.

C'est à 18 ans, c'est-à-dire un an plus tard, que la malade a commencé à ressentir, en même temps que les autres symptômes, de vives douleurs dans la jambe gauche. Ces douleurs spontanées, ang-

mentant par les mouvements, se sont depuis reproduites tous les mois, accompagnant toujours les douleurs lombaires et les douleurs abdominales, qui dès lors, ont pris dans la fosse iliaque droite une intensité toute particulière.

24 *mars.* — La malade entre pour la première fois à l'hôpital et en sort le 27 avril.

Dans ce laps de temps, une crise s'étant produite et, comme un point particulièrement douloureux existait vers l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, incision jusqu'à cette épine. On ne trouve pas de pus (opération le 29 mars).

16 *mai.* — La malade entre pour la seconde fois à l'hôpital et en sort le 6 juin. Toujours mêmes symptômes.

Elle revient une 3e fois le 31 juillet. On apprend alors qu'elle n'était pas réglée. L'examen au spéculum montre une vulve régulièrement conformée, mais un hymen imperforé.

22 *juillet.* — Incision de l'hymen. On constate alors une absence totale du vagin. Décollement assez laborieux du tissu cellulaire entre la vessie et le rectum. La nouvelle cavité est comblée avec de la gaze iodoformée.

Bientôt les tissus se réunissent et une nouvelle intervention est jugée nécessaire. Le décollement des parois est poussé alors beaucoup plus loin et on arrive sur une masse dure qu'on reconnaît être l'utérus.

Dans le vagin ainsi formé, on place à demeure un drain très gros.

Bientôt celui-ci tombe et la cavité tend à se refermer. Depuis ce moment, on dilate tous les jours la cavité vaginale avec le doigt ; mais la tendance au rétrécissement est très accusée.

Enfin les règles ne sont pas apparues et tous les mois, elle présenta les signes analogues à ceux qu'elle accusait à son entrée à l'hôpital.

Aussi, après avoir créé un vagin et maintenu ce vagin dilaté, M. Gérard Marchant a-t-il pensé qu'il y avait mieux à faire, puisque la malade continuait à souffrir au moment de ses époques. Il chercha, si, dans le fond du vagin, il ne pourrait pas aboucher le col utérin. Toutes les manœuvres vaginales, en s'aidant de la palpation et du refoulement utérin par l'abdomen ou le rectum étant restées infructueuses, il fit une laparotomie. Après avoir découvert l'utérus, il constata que cet utérus

était rudimentaire et les ovaires minuscules, il repoussa l'utérus, saisi à pleine main par son fond, vers le vagin ; puis, avec une pince fixatrice, il saisit à travers les tissus, la portion répondant au col utérin, et l'attira dans le cul-de-sac vaginal. Ne pouvant l'y fixer, il laissa la pince à demeure *pendant 4 heures*, après s'être assuré par un travail d'approche avec le doigt, que le col utérin était bien au fond du vagin.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Cette malade n'a plus souffert et elle a eu ses règles *une fois*. M. Gérard Marchant a constaté l'écoulement sanguin ; il s'est réduit à une tache, ayant les dimensions d'une assiette et a duré un jour.

Depuis, la malade a eu le 1er octobre un suintement sanguin (vu par les surveillantes), 10 et 11 décembre, douleurs de ventre ; vomissements et apparition de taches sanguines le premier jour, peu appréciables, le second jour plus nettes, puisque la malade en compare les dimensions à celles de plusieurs pièces de 5 francs.

Dans l'intervalle des règles, ne souffre plus du ventre et n'a pas de pertes.

Ainsi qu'on le voit l'observation de notre maître est instructive à plus d'un titre.

Elle nous montre d'abord les difficultés diagnostiques en présence desquelles on peut se trouver, puisqu'il était facile de croire à une simple imperforation de l'hymen alors que le vice de conformation résidait en une atrésie complète du canal vaginal. Mais il y a plus. En effet, nous voyons ici un cas relativement exceptionnel : celui de la coïncidence de l'atrésie hyménéale avec l'absence du vagin. C'est seulement après avoir incisé la première qu'on découvrit la seconde lésion.

M. Gérard Marchant est d'abord intervenu par la section de l'hymen, puis il a refait un vagin par le procédé du décollement, tel que le pratiquent la plupart des chirurgiens actuels. Mais, abstraction faite du résultat défec-

tueux obtenu par cette intervention, puisque le vagin se rétrécit rapidement, nous voyons que la malade continue à souffrir. Aussi ce cas fait-il absolument partie de ceux que nous décrivons dans la seconde catégorie (p. 64).

Dans ces conditions, M. G. Marchant a imaginé une fort ingénieuse opération. Pensant, en effet, que les phénomènes douloureux étaient imputables, soit à la présence des ovaires, soit à une petite distension utérine, il a voulu s'assurer *de visu* de l'état de ces organes. Après avoir reconnu qu'il lui était impossible, par des manœuvres multiples, d'aboucher le col dans le vagin il s'est décidé à faire une laparotomie.

Il a ainsi pu découvrir la matrice, reconnaître que celle-ci était rudimentaire, que les ovaires étaient atrophiés. Néanmoins étant donnée la présence des deux organes, étant donnés les phénomènes douloureux, il était indiqué de tenter l'abouchement du col au fond du vagin nouvellement créé. M. Marchant, pour atteindre ce but, a procédé ainsi que nous l'avons dit plus haut. Le résultat a été satisfaisant, puisque l'écoulement menstruel a semblé reparaître.

Est-ce à dire que nous conseillerons d'employer dans tous les cas une méthode semblable à celle que notre excellent maître a mise en œuvre ? Assurément non. Lorsqu'après avoir créé un néo-vagin, les souffrances s'atténuent et disparaissent, il nous semble qu'on devra se contenter de cette seule intervention. Mais si les douleurs cataméniales continuent et, à plus forte raison, si elles tendent à croître en intensité, l'opération de M. Gérard Marchant paraît indiquée dans un certain nombre de cas et

peut être mise en parallèle avec la castration de Battey. Sans doute, dans la plupart des cas, l'utérus restera néanmoins rudimentaire, mal conformé ; il ne sera qu'un organe moral. Mais il ne faut pas perdre de vue les éventualités heureuses, exceptionnelles cependant, que nous avons indiquées plus haut. N'avons-nous pas rapporté les cas de Fletcher, d'Emmet, dans lesquels les règles se sont rétablies d'une façon régulière à la suite d'une simple restauration vaginale.

La patiente de Fletcher est même devenue enceinte et a heureusement accouché.

Il est bien évident qu'en tenant compte de ces cas, l'opération de M. Gérard Marchant trouvera dans quelques circonstances une indication absolument rationnelle et qu'elle sera, dans des conditions faciles à comprendre, un complément indispensable de la création d'un vagin artificiel. — Ce n'est pas seulement lorsqu'il existe des accidents de molimen cataménial ou de rétention des règles que la méthode, plus ou moins modifiée, d'incision et décollement, sans ou avec création d'un orifice utérin artificiel, a été mise en œuvre. Elle a été employée souvent aussi lorsqu'il s'agit simplement de refaire un vagin dans le but de permettre la conjugaison sexuelle ou de parer à des inconvénients très légers. Il en est ainsi dans les faits suivants :

Observation XVII. — *Absence complète du vagin. — Création d'un vagin artificiel par incision et décollement.* — Segond (1).

M. Segond a relaté en ces termes à la Société de chirurgie, séance du 30 octobre 1895, le fait suivant :

(1) Segond, *Bullet. de la Société de chirurg.*, 1895, XXI, p. 642.

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui s'est adressée à moi en novembre 1893 avec un récit dont voici les détails les plus saillants. Elle n'a jamais eu ni ses règles, ni le moindre trouble relevant de cette absence. Mariée depuis le 23 mars 1892, le coït s'est montré tout d'abord absolument irréalisable. Après six mois de tentatives infructueuses, Mme X... s'est décidée à voir un médecin. Celui-ci aurait incisé une bride (?) puis conseillé d'achever la guérison en dilatant la région avec un petit spéculum Ricord. Ce dernier conseil n'a jamais pu être suivi ; mais après la petite incision en question, le coït est devenu possible. De ce côté, tout était donc pour le mieux et c'était uniquement parce que Mme X... désespérait d'avoir jamais un enfant qu'elle venait me consulter.

Ainsi renseigné, je commençai par toucher sans regarder. Cette première exploration me démontra aussitôt que le coït se faisait dans l'urèthre. Car une pression très légère de mon index le conduisit incontinent dans la vessie, jusqu'à la garde, sans éveiller de douleur.

Passant alors à l'examen visuel, je constatai ce qui suit : Extérieurement, rien d'anormal : poils abondants sur le mont de Vénus, et bonne conformation des grandes lèvres. Clitoris en place et bien développé. Au-dessous de lui, un méat se présentant sous la forme d'une fente verticale, à bords comme frangés et très épais. Petites lèvres peu développées se perdant insensiblement sur le périnée, sans rien qui rappelle la fourchette. Enfin, au-dessous du méat et entre les petites lèvres, simple surface lisse, très peu étendue et peu dépressible.

Bref, il s'agissait d'un cas d'absence complète du vagin, et tout ce qui s'était passé depuis le mariage devenait très clair. Pendant les premiers mois du mariage, le mari avait vainement tenté de déprimer la surface lisse tendue d'une petite lèvre à l'autre, puis, dans la suite, secondé ou non par la petite incision dont j'ai parlé, et sans se douter que c'était l'urèthre qui avait cédé à ses efforts, il avait pu croire que son but était atteint.

En présence de ces constatations, j'ai mis la malade au courant de la situation, et voici l'opération fort simple que je lui ai pratiquée le 16 avril 1893 : incision transversale de la muqueuse tendue d'une petite lèvre à l'autre, puis, à l'aide de l'index et de quelques coups de

ciseaux, dédoublement de la cloison recto-vésicale. Ce dédoublement, fait sans plus de difficulté et sans plus d'hémorrhagie que celui d'une cloison recto-vaginale normale, m'ayant bien vite permis l'introduction de la totalité de l'index, sans qu'il m'ait été possible d'arriver nettement sur un organe quelconque pouvant rappeler un utérus, j'ai cru prudent de borner là l'intervention.

Au fond du long conduit résultant du dédoublement, je sentais bien un petit noyau induré, mais ce noyau était si peu et si peu semblable à un utérus, même rudimentaire, que je n'ai pas voulu risquer une perforation péritonéale, pour le mieux dégager. D'autant que, de chaque côté de ce noyau, l'exploration la plus minutieuse ne m'a pas donné trace de quelque chose ressemblant aux annexes. Cet état plus que rudimentaire de l'appareil génital interne était d'ailleurs en conformité avec le fait que Mme X..., malgré son aspect extérieur et ses penchants essentiellement féminins, n'a jamais eu, à aucune époque de la vie, un trouble de santé, pouvant faire songer à une poussée cataméniale quelconque.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru prudent de limiter mon intervention à la création du conduit dont je vous ai parlé. Ce conduit, creusé en plein tissu cellulaire avait, comme je l'ai déjà dit, la longueur de l'index et sans songer à mieux, je me suis contenté de déprimer autant que possible, à son entrée, le peu de muqueuse dont je pouvais disposer. Comme pansement, j'ai bourré assez fortement avec de la gaze iodoformée que j'ai laissée en place pendant 11 jours.

Pendant les six semaines qui ont suivi, la béance du conduit a été assurée par une série de dilatateurs avec des bougies de volume convenable. Enfin, tout écoulement ayant cessé, j'ai pu laisser à la dilatation physiologique le soin de maintenir les choses en état.

A cette heure il est bien certain que le vagin artificiel n'a plus la profondeur que je lui ai primitivement donnée ; mais je puis, tout au moins, vous donner l'assurance que ce qu'il en reste est suffisant. J'ai eu des nouvelles toutes récentes de Mme X... et la dilatation physiologique a fait, parait-il, son œuvre d'une façon définitive et très satisfaisante.

Observation XVIII. — *Absence de vagin et d'utérus. — Création d'un vagin artificiel par incision et refoulement.* — Albertin (1).

P. R.., âgée de 22 ans, mariée depuis 3 ans, n'a jamais eu ses règles ; néanmoins, depuis 2 ans, elle prétend avoir tous les mois, à époque fixe, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Aspect normal de la fente vulvaire, des lèvres, et du clitoris. En écartant les petites lèvres, on découvre une membrane oblitérant le vagin, présentant une légère dépression avec une sorte de cicatrice centrale, rappelant en petit la cicatrice ombilicale.

Le méat urinaire est normal. Absence d'utérus. La face postérieure de la vessie est directement appliquée sur la face antérieure du rectum. Dans la fosse iliaque droite, on trouve une petite masse à sensibilité spéciale qui paraît être l'ovaire droit.

Opération le 22 juillet 1892. — A partir de la cicatrice centrale, on incise transversalement la cloison et on arrive dans la lame cellulaire prérectale post-vésicale. L'incision transversale est prolongée jusque sur la face interne des petites lèvres, de façon à produire une sorte de débridement qui permet de la refouler dans la dépression artificielle qui sera le vagin.

On décolle ensuite la vessie du rectum, temps facile par suite de la laxité du tissu intermédiaire. Ce décollement fait sur une hauteur de 10 centimètres au moins, on introduit et on laisse en place un pessaire Gariel entouré de gaze iodoformée.

Pas la moindre réaction inflammatoire. Le pansement consiste dans l'enlèvement du pessaire Gariel, suivi d'irrigation d'eau bouillie sous faible pression ; chaque pansement était accompagné d'une séance de dilatation, soit par le pessaire Gariel, soit par une baudruche remplie d'eau sous pression.

Le pessaire à demeure fut remplacé par des tampons iodoformés.

La malade sort 20 jours après. Au toucher, on constate une dépression de 10 centimètres. La muqueuse était très nette sur le pourtour de l'orifice, sur une étendue de 4 centimètres en profondeur.

(1) Albertin, *Province méd.*, 1893, p. 160.

Revue le 15 mars ; malgré la dilatation, le conduit artificiel s'est notablement rétréci. Néanmoins l'index pénètre à une profondeur de 6 centimètres ; les parois de la cavité sont assez souples.

L'état mental de l'opérée, qui devenait inquiétant avant l'opération par ses tendances lypémaniaques, s'est très amélioré.

Observation XIX. — *Absence congénitale du vagin. — Création d'un artificiel par incision et refoulement.* — Fulton (1).

Femme née en 1856. Jamais réglée. Mariée en 1872. En 1875, un médecin essaie de faire un vagin ; mais, convaincu que l'utérus est absent, il s'arrête à deux pouces de profondeur et tente de dilater le cul-de-sac à l'aide d'éponges préparées. Insuccès complet.

En 1881, Fulton voit la malade pour la première fois, elle se plaignait de céphalalgies, de vertiges. Chaque mois, elle était prise d'épistaxis périodiques, de congestion intense du visage, de palpitations tumultueuses du cœur, de difficultés de respirer.

L'examen des organes génitaux externes ne révèle rien d'anormal. Au-dessous de la vulve, tissu de cicatrice, résultant de la première intervention. Le cathétérisme vésical et le toucher rectal font reconnaître une absence complète du vagin. On découvre un « soupçon d'utérus ». Pas trace d'ovaires ni de trompes, appréciables au palper hypogastrique.

Le 20 avril 1890, création d'un vagin artificiel par incision et refoulement d'après la méthode d'Amussat. Lavages et dilatations prolongés. Depuis, le coït a pu s'accomplir d'une façon suffisante, et la patiente, le 10 juin 1891, se déclarait très satisfaite de son état.

Observation XX. — *Absence du vagin. — Création d'un artificiel par incision et refoulement.* — Grandin (2).

Grandin a observé une femme de 21 ans, mariée depuis 2 ans, qui se plaignait à lui de douleurs très vives au moment de la conjugaison sexuelle. Jamais réglée. A l'examen : bassin infantile ; organes génitaux

(1) Fulton, *Americ. Journ. of obstetric.*, sept. 1892, p. 331.

(2) Grandin, *Americ. J. of obstetric.*, mai 1895 et *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1895, p. 1283.

externes normaux. Urèthre très dilaté, donnant passage à trois doigts. Pas d'incontinence d'urine.

Absence complète de vagin. On sent, à la place de l'utérus, un minime nodule induré.

Création du vagin par la méthode du décollement et rétrécissement du canal uréthral. Bon résultat immédiat et fonctionnel.

Observation XXI. — *Absence totale du vagin et de l'utérus. — Création d'un vagin artificiel par incision et décollement.* — Binaud (1).

Jeune fille de 22 ans, bien développée, mais portant à la main droite un pouce supplémentaire, composé de deux phalanges, situé à la partie interne du pouce, long d'environ 4 centimètres et soudé à celui-ci au niveau de son articulation métacarpo-phalangienne.

Pas de menstruation. Pas de douleurs périodiques ; aucune hémorrhagie supplémentaire. La malformation des organes génitaux a été constatée par hasard lors d'un examen pour troubles dyspeptiques. La malade désirant se marier réclame vivement une intervention.

Etat actuel. — Organes génitaux externes bien conformés. Au-dessous du méat, repli muqueux pouvant faire croire à un hymen, se laissant déprimer sur une profondeur de 2 cent. 1/2.

Le toucher rectal combiné à l'exploration vésicale montre que la vessie est directement accolée au rectum, dont elle est séparée par une cloison, et qu'il n'y a pas trace d'utérus. Toutefois le bipalper fait reconnaître profondément la présence de deux organes symétriquement placés, qui donnent la sensation de deux trompes normales.

Opération le 23 *novembre* 1893. — Incision au bistouri de 2 centimètres environ partant de la fourchette et se dirigeant vers le méat. Le voile muqueux signalé plus haut est complètement sectionné, le bistouri est laissé de côté et le doigt décolle la cloison recto-vaginale. Ce décollement est rendu difficile par la présence de plusieurs trousseaux fibreux résistants. On arrive ainsi à une profondeur de 6 à 7 centimètres. On s'arrête alors dans la crainte de blesser les organes profonds.

(1) Binaud, in th. Baudry (Obs. XII, p. 44).

Lavage antiseptique de la plaie qui est bourrée avec une mèche iodoformée, enduite de vaseline boriquée.

Suites opératoires simples. La malade est pansée tous les deux, puis tous les trois jours jusqu'au 19 janvier 1894. Le pansement consiste en un lavage soigneux du néo-vagin, qui est ensuite dilaté avec le doigt et des tampons iodoformés à demeure.

Observation XXII. — *Absence congénitale du vagin. — Création d'un artificiel par incision et refoulement.* — Demons (1).

Une jeune fille de 20 ans, non réglée, m'est adressée par le Dr Audouin. A l'examen, je constate une imperforation du vagin avec absence d'utérus. Une sonde introduite dans l'urèthre et un doigt dans le rectum se rencontraient à une distance de 6 centimètres. Pas trace de conduit vaginal ; le constricteur du vagin paraissait exister. Entre le rectum et la vessie se trouvait un espace triangulaire à base antérieure et d'une profondeur de 6 centimètres.

Il existe dans la fosse iliaque droite une tumeur due à l'ovaire tuméfié. La jeune fille vint me trouver, désolée de n'être pas normalement constituée. En présence de son chagrin profond, j'ai opéré.

Voici ce que j'ai rencontré. Le vagin n'existait pas, mais il n'y avait pas d'adossement complet entre l'urèthre et le rectum ; ce n'est qu'à une profondeur de 6 centimètres que les deux conduits se touchaient. J'ai donc pu faire un vagin de 6 centimètres. J'ai fait une incision transversale en écartant les parties, puis j'ai placé dans le cul-de-sac, pendant les premiers jours, un cylindre de gaze phéniquée, plus tard des bougies rectales. Depuis 3 mois que l'opération a été faite, il n'y a pas de rétrécissement du conduit vaginal.

J'ai revu ma malade le 7 novembre 1893. A cette époque le vagin artificiel admet facilement deux doigts et est très extensible dans tous ses diamètres. Le fond peut être déprimé jusqu'à une profondeur de 10 centimètres en arrière du bord des grandes lèvres. Le constricteur vaginal qui existe permet un certain resserrement volontaire des parois.

(1) Demons, *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1884. — In th. Baudry, p. 21.

Observation XXIII.— *Absence du vagin. — Création d'un artificiel par refoulement.* — Ellis (1).

Jeune fille de 17 ans, éprouve depuis un an des phénomènes du molimen menstruel, mais n'a aucun écoulement sanguin.

La vulve paraît bien conformée ; l'hymen est dense, imperforé. La palpation bimanuelle ne fait reconnaître ni utérus, ni collection fluctuante. Cependant la patiente déclare qu'au moment des époques, elle constatait une tuméfaction dans les parties latérales du bas-ventre. Ellis l'ayant examinée à une période cataméniale, n'a pu la constater.

Opération. — L'hymen dense et résistant est coupé avec quelque difficulté. A l'aide de ciseaux et du doigt, on sépare la vessie du rectum. On constate qu'il s'agit d'une absence totale du conduit vaginal, que remplace un tissu spongieux aréolaire. On ne découvre ni utérus ni trompes. Dilatation progressive sur des tubes en verre laissés à demeure.

La malade n'a pas été suivie assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer sur le résultat définitif.

Si l'on en excepte le fait de Dolbeau dans lequel le résultat a été réellement magnifique, on voit que, le plus souvent, il faut lutter énergiquement contre la rétraction cicatricielle. Celle-ci est en général telle que la patiente ne retire presque aucun bénéfice de l'intervention, et qu'au bout d'un certain temps, le canal vaginal se trouve réduit à nouveau à un petit cul-de-sac qui ne peut même plus servir à la copulation. Ainsi des chirurgiens ont dû faire, dans bien des cas, des opérations successives.

Il faut, quoi qu'il en soit, un traitement complémentaire de fort longue durée, afin de parer à cette atrésie consécutive.

(1) Ellis, *New-York Med. Record*, 1890, tome 38, p. 492.

Malgré les moyens multiples mis en œuvre, le résultat définitif reste cependant fort imparfait.

Ces moyens consistent dans une dilatation continue ou temporaire.

La dilatation continue est réalisée par des artifices les plus divers : tampons iodoformés, pessaires Gariel, cylindres gradués, cylindres en verre, en buis etc., laissés à demeure. On se propose ainsi d'obtenir la cicatrisation du canal à l'état de distension constante, tonique, si l'on veut. Les chirurgiens américains, en particulier, vantent cette manière de faire qui leur aurait donné de bons résultats ; mais il suffit de parcourir leurs observations, pour constater qu'eux aussi ont des insuccès fréquents et beaucoup de leurs malades n'ont pas été suivies un temps suffisamment prolongé.

Du reste cette dilatation à demeure n'est pas sans offrir des inconvénients. Galabin (1) a relaté l'observation d'une malade de 18 ans, chez laquelle la pression continue, exercée par les dilatateurs en verre, avait fini par déterminer une eschare et une fistule vésico-vaginale.

La dilatation temporaire s'opère à l'aide des doigts ou de spéculums de divers modèles. Mais elle est très douloureuse, nécessite l'emploi du chloroforme dans bon nombre de cas et peut provoquer des phénomènes nerveux intenses (Breisky). Aussi, plus encore que la précédente, expose-t-elle à des mécomptes.

Pour ces raisons, bien des chirurgiens renoncent à lutter par des cylindres ou des tampons contre la rétraction cicatricielle ; ils proposent de substituer à ces moyens le

(1) Galabin, *London obstet. Transact.*, 1880, p.257.

revêtement du néo-vagin par des lambeaux de peau ou de muqueuse. De là sont nés de nouveaux procédés qu'il nous faut maintenant signaler. Nous les exposerons, en indiquant dans le cours même des observations, le modus faciendi des divers chirurgiens qui, jusqu'à ce jour, ont eu recours à ces interventions plastiques.

E. **Procédés autoplastiques.** — On dit parfois que la vaginoplastie proprement dite a été imaginée par Schlesinger ; cela n'est pas exact ainsi que le prouve l'observation de ce chirurgien (Voir obs. XXIV). Picqué a surtout attiré l'attention sur les avantages de l'autoplastie par glissement, faisant remarquer qu'elle n'est pas irréprochable.

C'est Heppner (1), 1872, qui, le premier, semble l'avoir mise en œuvre. Il fit à la peau une section en H, obtint ainsi deux lambeaux, supérieur et inférieur, qu'il refoula d'avant en arrière dans le canal qu'il venait de créer. Crédé (2) pratiqua une colpoplastie analogue dans un cas de sténose acquise. Après lui Braithwaite (3) l'a mise en usage dans les occlusions de naissance.

Chez nous, nous la voyons employée, avec diverses variantes, par Picqué, Schwartz, Delagénière, Roux, Drouin, etc., dans les faits dont nous donnons ci-dessous l'histoire.

Observation XXIV. — *Absence du vagin.* — *Colpoplastie.* — Schlesinger (4).

Chez une femme de 25 ans, bien développée, avec organes génitaux

(1) Heppner, *St-Pétersb. Woch.*, 1872, p. 552.
(2) Crédé, *Arch. f. Gynäkol.*, 1884, XXII, p. 229.
(3) Braithwaite. *Obst. Transact.*, London, 1880, p. 259.
(4) Schlesinger, *Arch. f. Gynäkol.*, 1886, tome 29, p. 341.

externes normaux, existait une absence du vagin et, sans doute aussi, de l'utérus et des ovaires. La malade voulait se marier ; elle se trouvait, par suite de sa malformation, dans un état psychique tel qu'elle voulait se suicider.

Création d'un vagin au bistouri et à l'aide d'instruments mousses sur une longueur de 7 centimètres. Dilatation d'abord avec des tampons iodoformés, puis avec des instruments spéciaux. Le canal se raccourcit et se rétrécit peu à peu. Le mariage n'eut pas lieu ; mais les manifestations de surexcitation cérébrale n'ont pas reparu.

Schlesinger (1) a revu sa patiente l'année suivante. Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'opération, le vagin a perdu le tiers de sa longueur. Mais depuis 5 mois, il ne s'est plus produit de rétraction ultérieure.

Observation XXV.— *Absence congénitale du vagin. — Utérus rudimentaire, trompes et ovaires normaux. — Opération autoplastique. — Création d'un conduit vaginal artificiel. — Guérison* (2).

Joséphine D..., âgée de 17 ans 1/2, entre le 9 juillet 1889, salle Pascal, A, n° 16, dans le service de M. Pozzi. Elle n'a jamais été réglée et n'a jamais éprouvé de malaise du côté du bas-ventre ou des mamelles. A 16 ans, elle tenta, mais en vain, de pratiquer l'acte génital ; par contre le coït anal a été souvent exécuté. Un médecin, l'ayant examinée, lui avait déclaré qu'elle avait une imperforation de l'hymen et lui fit sans aucun résultat un débridement.

État actuel. — Jeune fille très vigoureuse. Bassin large. Les organes génitaux externes et les petites lèvres ont leur conformation normale. En écartant ces dernières, on voit une dépression minime de 1/2 centimètre se terminant en cul-de-sac. Un examen approfondi démontre l'absence totale du vagin et l'accolement de la vessie et du rectum par une cloison cellulo-fibreuse. Par le rectum, on sent, à 10 centimètres de profondeur et sur la ligne médiane, une petite masse arrondie de la grosseur d'une petite noisette et qui paraît être l'utérus rudimentaire :

(1) Schlesinger, *Wien. med. Blätter*, 1887, nos 8 et 9.
(2) Picqué, *Annales de gynécol.*, février 1890, p. 124.

à droite et à gauche de cette masse, on sent deux cordons qui roulent sous le doigt et paraissent les trompes normales. Plus haut existent deux corps ovoïdes, les ovaires, dont la pression provoque la douleur typique.

Opération le 22 juillet.—Chloroforme. Incision courbe à concavité supérieure au niveau de la fourchette. La muqueuse, qui tapissait le cul-de-sac vulvaire, est soigneusement disséquée ; une ligne fibreuse s'insérant au sommet du cul-de-sac est découverte ; c'est l'espace qui sépare la vessie du rectum. Avec grand ménagement, s'aidant des doigts et de la spatule, on chemine dans l'espace inter-vésico-rectal. Plus la dissection s'avance, plus elle devient difficile et l'aide du bistouri devient bientôt indispensable. Après avoir décollé les deux feuillets de la cloison sur une longueur d'environ 6 centimètres, M. Picqué s'arrête, car le danger de la perforation des organes est extrême.

La muqueuse vestibulaire, qui avait été décollée au premier temps de l'opération, sert à tapisser la paroi supérieure du vagin artificiel, où elle est fixée par des points de sutures au catgut. Quant à la paroi inférieure, elle est tapissée par la peau de la région intervulvo-anale disséquée et portée par glissement jusqu'au fond de la dépression où elle est également maintenue par des catguts. Ainsi est créé un canal vaginal tapissé mi-partie par de la peau, mi-partie par de la muqueuse ; il admet aisément l'index sur une longueur de 6 centimètres. Réunion par première intention.

Au bout de 8 jours, la partie profonde du vagin commence à se rétracter ; il y a une sorte de bride cicatricielle qui tend à rétrécir le calibre vaginal. On fait une dilatation quotidienne avec les doigts et des tampons iodoformés. Grâce à ce traitement, la profondeur reste convenable. Quand la malade quitte l'hôpital le 15 août, son canal vaginal est souple, long de 6 centimètres.

Note : La malade revient fin octobre : elle raconte que son vagin a diminué de profondeur et qu'elle a dû revenir à d'anciennes pratiques. L'examen démontre que le vagin n'a que peu diminué de profondeur, environ 1 centimètre ; ce n'est certes pas tant la diminution de profondeur que l'absence des conditions physiologiques du vagin normal qu'incrimine la malade.

Néanmoins, sur ses instances, M. Picqué se décide à détacher ses lambeaux, à les rapporter plus en arrière du côté de l'utérus. Il a cependant été impossible de faire plus que lors de la première opération, tant est intime l'adhésion de la vessie au rectum. La malade a toute fois été replacée dans les conditions primitives, c'est-à-dire qu'elle quitte de nouveau l'hôpital avec un vagin d'environ 6 centimètres de longueur.

Observation XXVI. — *Malformation congénitale, ectopie des ovaires, absence d'utérus et du vagin : phénomènes de congestion supplémentaire. — Laparotomie. — Ablation des ovaires. — Création autoplastique d'un vagin. — Guérison.* — Delagénière (du Mans) (1).

A. G..., 23 ans, a commencé à 14 ans à éprouver des douleurs vagues dans le bas-ventre avec étourdissements et saignements du nez. Jamais d'écoulement de sang par le vagin, la vessie ou l'anus. Elle est constamment atteinte d'une oppression qui, chaque mois, augmente pendant 2 ou 3 jours. A plusieurs reprises, elle a craché du sang, mais n'a jamais eu d'hémoptysies abondantes.

Elle raconte qu'elle est entrée le 3 juin 1889 à l'hôpital du Mans, où on lui avait créé dans la région vulvaire un cul-de-sac permettant l'introduction de l'index à une profondeur de 6 centimètres. Le canal s'est fermé peu à peu et, au bout de 15 jours, son occlusion était presque complète. On dut à trois reprises le dilater sous le chloroforme. La malade est partie après 4 semaines de traitement. Depuis, son état est resté sensiblement le même ; elle a continué à avoir ses crises d'étouffement.

Etat actuel. — Organes génitaux externes bien conformés : l'hymen est complet. Entre les petites lèvres, au-dessous de l'urèthre, on trouve une petite dépression représentant un vagin rudimentaire de 2 centimètres, dans lequel le doigt est très serré. Au moyen de la palpation abdominale, puis du toucher rectal aidé d'une sonde dans la vessie, on ne trouve aucune trace de vagin ni d'utérus. A droite, en arrière du pubis,

(1) Delagénière, *Congrès français de chir.*, 1891, p. 346.

est un point sensible à la pression : c'est peut-être un ovaire ; l'autre semble aussi exister à gauche.

4 *février* 1891. — On pratique une laparotomie qui démontre que la vessie remplit l'excavation du bassin et est accolée au rectum. Ni utérus ni annexes dans la cavité pelvienne.

Dans la fosse iliaque gauche, au-dessous de l'S iliaque, est un corps allongé, sessile, sous-péritonéal, en dehors des vaisseaux et ressemblant à l'ovaire. De même à droite, où il est recouvert par le cæcum. On en pratique l'extirpation.

16 février. — Delagénière crée un vagin artificiel. « Je fais au-devant du rectum une incision transversale et longue de 4 à 5 centimètres, je décolle la face postérieure du petit cul-de-sac, me proposant de conserver la membrane qui le tapisse et qui a l'aspect d'une muqueuse, pour recouvrir la paroi antérieure du nouveau conduit. Dans ce but, je pratique deux incisions latérales, pour mobiliser la partie postérieure du vagin rudimentaire ainsi disséqué. Le lambeau ainsi formé est maintenu soulevé.

La dissection est continuée en suivant la face antérieure du rectum jusqu'à une profondeur de 7 centimètres. Cette dissection se fait aux ciseaux, à petits coups, surtout dans la profondeur où la vessie paraît accolée au rectum.

Trois fils de soie sont passés dans l'angle dièdre au fond de l'incision, puis dans le bord libre du lambeau mobilisé. En nouant les fils, celui-ci se trouve invaginé et appliqué sur la face antérieure de l'incision périnéale.

La vulve a donc conservé en haut et en avant sa conformation normale ; la paroi antérieure du vagin se trouve tapissée jusqu'au fond par une membrane bien analogue à la muqueuse. La paroi postérieure du nouveau vagin est constituée par la valve postérieure de l'incision.

Je taille ensuite deux lambeaux cutanés dans la région intervulvo-anale et fessière. Chacun mesure, une fois disséqué, 8 centimètres de long sur 3 de large. Je les laisse adhérer sur le raphé périnéal, puis les invagine dans le nouveau canal en les faisant pivoter sur leur pédicule ; leur face cruentée est maintenue en contact avec la face antérieure du rectum.

Des fils de soie sont passés dans l'angle dièdre comme précédemment, puis à deux centimètres de l'extrémité libre de chaque lambeau, de façon que cette extrémité se recourbe et remplisse le fond de la cavité. Les lambeaux cutanés sont reliés entre eux, puis l'orifice vulvaire est régularisé.

Les deux plaies cutanées sont suturées au crin de Florence, le nouveau conduit rempli de gaze iodoformée.

Quand l'opération est terminée, il existe un vagin de 7 centimètres de profondeur. A la sortie de la malade le 4 mai, la longueur est sensiblement la même ; le vagin admet librement deux doigts ; le fond en est large et souple. Même état constaté le 26 mai. Il n'existe pas encore de tendance à la propulsion des lambeaux, qui paraissent parfaitement et définitivement greffés. Plus de phénomènes de congestion supplémentaire.

Observation XXVII. — *Hernies inguinales des deux canaux de Müller. — Cure radicale. — Absence totale de vagin. — Vagin artificiel créé par autoplastie* (1).

Il s'agit d'une fille B. A..., âgée de 26 ans, lingère, qui vint me trouver une première fois au commencement de 1891 à l'hôpital Cochin. Elle venait pour faire remédier à un vice de conformation des organes génitaux dont elle s'était aperçue, lors d'une tentative de rapport sexuel. L'examen nous fit voir qu'il s'agissait d'une absence de vagin, avec conformation normale de tous les organes génitaux externes. Voici quels furent les antécédents relevés. Depuis l'âge de 18 ans, tous les mois, du 20 au 25, elle éprouve des douleurs plus ou moins violentes dans le ventre, douleurs qui d'ordinaire sont accompagnées de maux de tête, et ont une durée qui varie de trois à cinq jours. Aucun écoulement cataménial à ce moment : pas de règles supplémentaires.

La malade a des désirs vénériens très accentués. Elle est d'une bonne santé générale ; elle est forte, les seins sont bien formés. Son bassin est large. Elle est très nerveuse, sans avoir eu jamais d'attaque hystérique franche.

(1) Schwartz, *Congrès de chir.*, 1892, p. 437.

A la vue, elle est normalement conformée au premier abord. Mont de Vénus, grandes lèvres, petites lèvres, régions clitoridienne et uréthrale sont normaux. Mais quand on écarte les petites lèvres, on est frappé de voir qu'elles sont réunies de toutes parts par une membrane perforée de 3 à 4 petits trous, situés de chaque côté, qui aboutissent à des infundibula de 1 à 2 millimètres. Cette membrane est bien rosée, peu dépressible par le doigt, il n'y a pas trace de vagin, au moins extérieurement, ni d'hymen ; une sonde introduite dans l'urèthre, un doigt introduit dans le rectum se rencontrent aussitôt et il nous est démontré que vessie et rectum ne sont séparés que par une cloison de quelques millimètres d'épaisseur, et nous ne trouvons, aussi loin que nous pouvons atteindre, aucun vestige de vagin et d'utérus. Le toucher rectal combiné au palper abdominal révèle les mêmes particularités et nous fait sentir à droite une corde transversale avec un corps gros, sensible, qui nous paraît être un ovaire. Rien à gauche.

La malade est en outre porteur de deux hernies inguinales constituées par des entérocèles et irréductibles en partie. Quand l'intestin est rentré il reste, à droite surtout, une tumeur allongée, dure, ressemblant à un paquet épiploïque, non douloureuse à la pression et absolument irréductible ; à gauche, même état, mais moins accentué.

Pour des raisons sur lesquelles nous n'insistons pas, B. A... ne se fit opérer que quelques mois après. Nous l'avions adressée pour la faire examiner, à notre maître et collègue le Dr Polaillon, qui conclut comme nous à la possibilité d'une intervention efficace au point de vue de la confection d'un vagin artificiel. La malade entra à la Charité dans le service du professeur Duplay que nous avions l'honneur de suppléer, et, après la préparation indispensable, nous l'opérons le 5 août 1891. Incision convexe en bas d'une petite lèvre à l'autre encadrant le méat ; décollement peu à peu, une sonde dans la vessie, un doigt dans le rectum, de la cloison jusqu'à une profondeur de 7 centimètres. Les adhérences deviennent tellement intimes et la cloison si mince que nous nous arrêtons ; nous doublons l'infundibulum ainsi produit par 4 lambeaux muqueux ou muco-cutanés pris sur le vestibule, les petites et grandes lèvres, et les suturons au fond le plus loin possible. Quelques sutures superficielles réunissent les plaies produites par le détachement

des lambeaux. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement iodoformé ouaté ; guérison rapide par première intention.

Au bout de 15 jours résultat très bon. Vagin nouveau, profond de 5 à 6 centimètres, quand on déprime un peu avec le doigt ; l'aspect extérieur est maintenant tout à fait normal.

Au bout de 3 semaines le résultat persiste. C'est alors que nous l'opérons d'abord de la hernie inguinale droite qui est la plus douloureuse.

Le 25 août, cure radicale.

L'examen de la pièce enlevée nous montre une trompe avec son pavillon normal, un ovaire qui n'a pas fonctionné, attaché à une masse ayant la forme d'un petit utérus, mais sans cavité aucune, constituée par des fibres musculaires lisses et de nombreux vaisseaux.

Nulle part de vestige de la seconde trompe ; le ligament qui se perdait dans le pubis était le ligament rond.

La seconde hernie est opérée le 23 décembre. Elle est devenue très douloureuse depuis que la première est opérée ; dès qu'elle est un peu grosse, elle occasionne des vomissements continuels. On arrive rapidement sur le sac herniaire, au côté externe duquel se trouve un cordon fibro-musculaire paraissant être le ligament rond qui aboutit à un autre plus court et plus gros, comparable un peu au petit utérus trouvé de l'autre côté.

Ici ni trompe ni ovaire. Le 29 janvier la malade guérie quitte le service. Le vagin artificiel est un peu plus court et ne mesure guère que 5 à 6 centimètres ; mais il a en somme très peu perdu.

Observation XXVIII. — *Malformation des organes génitaux. — Absence de vagin, d'utérus et peut-être des ovaires. — Création d'un vagin artificiel par décollement. — Atrésie. — Deuxième intervention chirurgicale (Autoplastie).* — Lanelongue (de Bordeaux) et Faguet (1).

Domestique, âgée de 20 ans, entrée le 3 juillet 1889. Jamais réglée. Depuis l'âge de 18 ans, elle éprouve périodiquement des coliques dans la région inférieure de l'abdomen.

Seins et bassin bien conformés. Extérieurement, les organes géni-

(1) *Bull. de la Société d'Anatomie de Bordeaux*, juillet 1889 et th. Baudry, p. 22.

taux sont normaux ; le clitoris et les petites lèvres sont hypertrophiés. L'hymen a l'aspect d'une collerette légèrement plissée ; cet hymen est perforé et l'orifice hyménéal se présente sous forme d'une fente semi-lunaire.

Si, après avoir écarté les petites lèvres, on essaie d'introduire une sonde de femme dans le vagin, on est aussitôt arrêté derrière la fente hyménéale. Les tissus sont souples. Le toucher rectal ne révèle rien qui rappelle la forme et la consistance de l'utérus ; combiné à l'exploration de la vessie, on sent qu'il n'existe entre la vessie et le rectum aucun corps interposé. Sur les côtés, la palpation abdominale révèle une sensibilité assez vive, mais on ne sent aucun corps qui rappelle les caractères physiques des ovaires.

Opération le 12 *juillet* 1889. — Incision de 4 centimètres, transversale, légèrement courbe et à concavité antérieure, parallèle à la fourchette et située à peu près à un centimètre au-dessus ; l'hymen est sectionné transversalement. Décollement sur une longueur de 7 à 8 centimètres à l'aide des doigts, du tissu cellulaire situé contre la paroi postérieure de la vessie. Au cours de l'opération, on ne constate ni utérus ni annexes.

Dès le 12e jour, la cavité pseudo-vaginale est maintenue dans sa forme par le passage quotidien de grosses bougies rectales en ébonite, suivi de l'application de tampons d'ouate iodoformée.

En février 1890, la malade revient ; elle a négligé la dilatation. Le néo-vagin est presque entièrement atrésié, il ne reste plus en arrière de l'hymen qu'un cul-de-sac de 2 centimètres de profondeur et admettant à peine l'extrémité du doigt. Cependant les douleurs périodiques ont diminué.

On incise et on débride le tissu cicatriciel. Sur la paroi postéro-inférieure de ce néo-vagin, on applique un lambeau rectangulaire de peau, pris sur la face interne de la grande lèvre gauche. Le lambeau dont la base mesure environ 2 centimètres et se trouve au niveau de la fourchette est fixé par son sommet au fond de la pseudo-cavité vaginale par un point de suture. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Une grande partie du lambeau autoplastique se sphacèle. Dilatation au bout d'une quinzaine de jours.

La malade se marie. Elle déclare, en 1892, que, pendant les 4 premiers mois qui ont suivi la deuxième intervention, elle avait des rapports sexuels normaux. Son mari, ayant été appelé à faire une période militaire de 28 jours, à son retour le coït fut beaucoup plus difficile et, depuis cette époque, il n'a jamais pu être complet. Il semble qu'il faille attribuer dans ce cas l'atrésie rapide à l'abstention complète de rapports sexuels, car nul traitement n'avait été suivi par la malade.

Observation XXIX. — *Vice de conformation par aberration inguinale des deux moitiés utérines. — Cure radicale. — Création d'un vagin artificiel par décollement et autoplastie.* — Roux (1) (de Lausanne).

Femme de 36 ans. Jamais réglée. A 15 ans développement des seins, qui est douloureux. La malade ne donne aucun renseignement qui puisse faire admettre un processus mensuel rappelant les règles ou leur vicariation ; elle a seulement remarqué, depuis 13 ans qu'elle est mariée, des désirs de cohabitation qui reviennent régulièrement toutes les 3 semaines. Le rapprochement offre d'assez grandes difficultés.

A l'examen, fait le 10 octobre 1890, je constate, sur cette femme bien développée, deux petites hernies inguinales paraissant être formées par les ovaires, dont part un cordon se dirigeant par le canal inguinal dans le ventre. Le long de ce cordon, on sent, à la palpation de l'abdomen, des corps irréguliers, bosselés. La vulve paraît normale, seul le méat est un peu dilaté. L'hymen semble intact ; par une ouverture minime, on peut faire pénétrer un stylet à 1/2 centimètre de profondeur. A quelques millimètres plus loin, une seconde ouverture admet tout juste le bouton d'un fin stylet.

Il n'existe pas de vagin et le doigt introduit dans le rectum ne sent même pas le cordon fibreux qui d'ordinaire le remplace. Aucun vestige d'utérus. Le pli de Douglas est très haut ; il semble que le rectum soit accolé à la vessie à peu près à la même hauteur que l'est habituellement la face antérieure de la matrice. Diagnostic : absence complète de vagin ; hernie ovarique inguinale double ; enfin absence d'utérus.

(1) Roux, *C. R. du Congr. franç. de chir.*, 1891, p. 497.

A la demande de la malade, on procède à une première intervention le 7 décembre 1890.

Une laparotomie exploratrice démontre l'absence d'utérus et l'accolement très élevé du rectum et de la vessie ; mais les trompes et l'ovaire sont libres dans le ventre. La cure radicale des hernies, faite dans la même séance, montre qu'elles contiennent chacune une masse charnue ressemblant fort à une moitié d'utérus.

16 *janvier* 1891. — Confection d'un vagin. A partir du petit orifice de l'hymen on fait de chaque côté une incision latérale qui s'élève en avant et en dehors, à travers la petite lèvre, dans la face interne de la grande, pour revenir en arrière et en dedans, circonscrivant un lambeau en aile de libellule. On décolle facilement avec le doigt les tissus jusqu'à la hauteur du pli de Douglas. Les lambeaux sont préparés et placés comme tapisserie dans la cavité ainsi formée. On fixe leur extrémité supérieure par une suture à l'espèce de barre fibreuse qui a arrêté le doigt entre la vessie et le rectum. Les lambeaux se trouvent plus longs que leur tracé au bistouri, parce qu'on a eu soin de déplier la petite lèvre et d'en utiliser les deux faces dans le plan de revêtement épithélial du nouveau vagin. Deux points de suture de chaque côté les maintiennent étalés. Enfin, pour les fixer en surface et favoriser leur accolement, on place dans la cavité une éponge entourée de gaze iodoformée.

Après cinq jours on enlève les sutures ; les lambeaux sont bien fixés, aucune partie ne s'est nécrosée ; çà et là apparaissent quelques bourgeons charnus.

Le 28 mars, l'aspect de la vulve est analogue à celui qu'elle présente d'ordinaire chez une femme bien conformée ; seules les parties supérieures des petites lèvres ménagées, pendent, comme des oreilles de chien, tandis que la surface interne des grandes lèvres, à cette place, est recouverte de muqueuse rouge vif. Le frein est intact. L'entrée du vagin est franche, taillée à pic sous l'urèthre, tandis que, dans son pourtour postérieur, cette ouverture offre quelque ressemblance avec l'anus, grâce au plissement longitudinal des lambeaux engagés dans le canal. Dans l'écartement complet des cuisses, le vagin reste fermé, bien qu'il admette avec facilité un et même deux doigts. Sa profondeur me-

sure 6 à 7 centimètres et la pression la plus légère refoule le cul-de-sac à plus de 9 à 10 centimètres, formant ainsi une surface utile bien suffisante.

Les deux conjoints sont d'accord pour déclarer bien réussie la restauration vaginale.

Observation XXX. — *Absence complète du vagin. — Création d'un vagin artificiel par autoplastie.* — Villar (de Bordeaux) (1).

Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui ne présenta jamais aucun écoulement menstruel véritable. Elle dit avoir perdu, à l'âge de 16 ans, quelques gouttes de sang ; mais ce renseignement, par suite de l'absence de vagin, ne peut avoir aucune valeur. Par contre, la malade présente des épistaxis périodiques. Elle n'eut jamais d'autres hémorrhagies supplémentaires. Elle se maria à 18 ans 1/2 ; mais l'impossibilité des rapports sexuels ne tarda pas à amener une séparation judiciaire.

Depuis l'âge de 23 ans elle éprouva, à chaque époque menstruelle, des tiraillements dans les seins et des douleurs du côté gauche du ventre. M. Villar vit pour la première fois la malade en novembre 1892 et la fit entrer le 15 novembre dans le service du professeur Demons, qu'il suppléait.

Etat actuel. — Les organes génitaux externes sont bien conformés ; la fourchette est intacte, le périnée est bien constitué. L'orifice de l'urètlire est rouge, très dilaté, admettant la pulpe du petit doigt. L'orifice vaginal fait défaut et la muqueuse qui tapisse la face interne des petites lèvres se continue directement d'un côté à l'autre. Tout au plus détermine-t-on un léger infundibulum en déprimant avec le doigt la muqueuse qui recouvre l'orifice vulvaire.

Par le palper abdominal, il est impossible de reconnaître l'existence de l'utérus ou des annexes.

La vessie et le rectum sont accolés étroitement, ainsi qu'il résulte de l'examen par le toucher rectal combiné avec l'exploration de la vessie avec la sonde. Par le toucher rectal, on sent, assez loin de l'anus, quelque chose d'épais, qui est sans doute l'utérus atrophié.

(1) Villar in thèse Baudry, 1893-94, p. 37 et rapport de Picqué, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, XXI, p. 639.

La malade réclamant une intervention, M. Villar pratiqua le 16 novembre l'opération suivante : à la partie moyenne de la muqueuse recouvrant l'orifice vulvaire, il conduit une incision transversale, allant d'une petite lèvre à l'autre. Il dissèque les deux lambeaux muqueux ainsi constitués. Le décollement de la vessie et du rectum est alors possible. M. Villar pénètre ainsi jusqu'à une profondeur de 9 centimètres; « à ce moment la cloison qui limite le fond du décollement me paraît si mince que je m'arrête. Je dois dire que derrière cette même cloison, je sentais quelque chose de résistant qui devait bien être l'utérus ». Mais M. Villar jugea qu'il n'y avait pas intérêt à aller plus loin. Il doubla alors, en partie du moins, les deux parois du canal vaginal avec les deux lambeaux muqueux et les sutura au catgut au fond du vagin le plus loin possible.

Le canal fut tamponné à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples.

Après avoir dilaté le nouveau vagin à l'aide des bougies rectales, et essayé en vain d'appliquer un ballon en caoutchouc, M. Villar renvoya la malade le 8 janvier 1893. Il lui fit construire un appareil spécial destiné à s'opposer à la réaction cicatricielle. Cet appareil se compose :

1° D'une ceinture en tissu élastique ;

2° D'un plancher périnéal en caoutchouc fixé à la ceinture par 4 tubes courroies.

A son centre se trouve fixé l'appareil dilatateur du vagin, qui se compose d'un cylindre en caoutchouc rouge à bout mousse de 7 centimètres de longueur et de 25 millimètres de diamètre. Ce cylindre s'adapte dans l'étendue de 4 centimètres sur le cylindre métallique qui lui sert de soutien. Le tout est percé d'un canal central pouvant permettre le drainage de la cavité vaginale.

Cet appareil a été porté sans difficulté par la malade pendant 4 ou 5 mois.

Celle-ci a été revue le 13 janvier 1894, c'est-à-dire quatorze mois après l'opération. Son état est le suivant : le nouveau vagin est tapissé d'une muqueuse normale ; il a une longueur de 7 cm. 1/2 ; en déprimant un peu avec le doigt, il est assez large ou du moins dilatable, puisque M. Villar a pu facilement introduire un spéculum et l'ouvrir suffisamment.

La malade d'ailleurs n'a eu depuis aucun rapport sexuel. Elle ne peut donc nous renseigner sur les fonctions du nouveau conduit. Aux époques présumées de la menstruation, elle éprouve quelques légères douleurs dans le ventre.

Observation XXXI. — *Absence totale du vagin.— Utérus très incomplètement développé. — Douleurs périodiques se rattachant à la fluxion cataméniale des ovaires*, par le Dr Drouin, chirurgien de l'hôpital du Mans (obs. inédite).

Le 15 juin 1890, entre dans mon service Léontine M..., 22 ans, fille de ferme à Montbézot (Sarthe).

Cette jeune fille très bien développée n'a jamais éprouvé d'accidents dans son jeune âge. Elle est issue de parents jouissant d'une bonne santé. Elle a un frère, et une sœur plus âgée qu'elle de deux ans, qui n'a jamais été malade.

Léontine M... n'a jamais été réglée ; mais tous les mois, presque régulièrement, elle éprouve des douleurs très violentes dans le bas-ventre, sans qu'elle puisse indiquer si elle souffre plus à droite qu'à gauche. Ces douleurs sont quelquefois assez violentes pour l'obliger à garder le lit pendant deux ou trois jours. Même quand elle n'est pas obligée de s'aliter, elle souffre pendant une dizaine de jours environ. Elle n'a commencé à ressentir ces accidents que vers l'âge de 17 ans.

En examinant cette jeune fille, je constate qu'elle est plutôt vigoureusement constituée. La poitrine est bien développée. Les organes génitaux externes présentent un développement normal. En écartant les petites lèvres, on constate, seulement alors, qu'il n'existe pas d'orifice vaginal. La distance qui sépare le méat urinaire de la commissure est normale. En déprimant la paroi à l'endroit correspondant à l'hymen, on constate que cette paroi est dépressible, mais sans donner la sensation de vide en arrière, ce qui au premier examen permet de penser qu'il ne s'agit pas là d'une simple imperforation de l'hymen.

Une sonde est introduite dans l'urèthre jusque dans la vessie et je pratique le toucher rectal. La paroi antérieure du rectum glisse facilement à droite et à gauche du cathéter ; mais on sent très bien que cette paroi glisse directement sur l'urèthre, sans interposition d'un canal vaginal plus ou moins développé.

En explorant aussi haut que possible, à 7 centimètres environ, on sent entre le rectum et la paroi postérieure de la vessie, déprimée en arrière par la sonde, une induration du volume d'une amande, dirigée transversalement qui paraît se continuer de chaque côté dans la direction des ligaments larges.

En combinant le toucher rectal avec la palpation de l'abdomen et en déprimant largement au niveau de la partie interne des fosses iliaques, on sent manifestement rouler sous les doigts, de chaque côté, un corps globuleux, mobile, d'une sensibilité particulière, qui est sans aucun doute l'ovaire, paraissant de volume normal.

Je portai le diagnostic suivant : ovaires normaux présentant les phénomènes ordinaires de la menstruation ; utérus très incomplètement développé, réduit très probablement à l'existence des cornes utérines juxtaposées sur la ligne médiane ; absence totale du vagin.

Je pratiquai l'*opération* suivante. Incision sur la ligne médiane, commençant à un centimètre en arrière du méat urinaire, comprenant la commissure et intéressant le périnée sur une largeur de 2 à 3 centimètres. Je disséquai de chaque côté sur une profondeur de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres environ de manière à mobiliser cette partie de la vulve, sous forme de deux volets que je fis rétracter en dehors. Avec le doigt et avec la sonde cannelée, je divisai alors les tissus parallèlement à la paroi antérieure du rectum, en me tenant aussi près que possible de l'urèthre indiqué par un cathéter. En me servant de l'index gauche comme guide, pénétrant au fur et à mesure dans le décollement que je produisais, j'arrivai à une profondeur de 6 centimètres environ, à peine à un centimètre du corps dur que je pensais être un rudiment de l'utérus. A ce moment, mon index gauche ne sentant plus qu'une membrane très souple, je pensai être arrivé au niveau du Douglas et la crainte d'ouvrir le péritoine, m'engagea à cesser mon intervention, d'autant plus que la profondeur à laquelle mon doigt était arrivé ne me permettait plus de m'en servir comme guide.

J'invaginai les deux feuillets vulvaires et les fixai de chaque côté aussi haut que possible. Enfin, je draînai le décollement que j'avais créé, avec de la gaze iodoformée. Deux points de suture restaurèrent le périnée et la commissure.

J'avais espéré que lors de la première menstruation, le sang aurait pu faire irruption par le vestige d'utérus que j'avais cru reconnaître et sinon se frayer une issue, au moins former une poche qui m'aurait indiqué dans quel sens diriger une intervention complémentaire.

Trois semaines après, Léontine M... a ressenti de nouveau les accidents qui indiquaient la menstruation ; un examen très attentif ne m'a donné aucun renseignement utile.

La malade a quitté mon service six semaines après cette opération. Grâce au tamponnement, il persistait un canal muco-fibreux qui laissait assez facilement pénétrer le doigt, dans une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Un an plus tard, j'ai revu la malade ; il existait un infundibulum admettant seulement la dernière phalange de l'index. Je lui proposai d'entrer dans mon service, pour une nouvelle opération. Je me proposais de faire une laparotomie, d'explorer ce que j'avais pris pour l'utérus, et si c'était réellement l'extrémité des trompes, de les aboucher avec un vagin que j'aurais tenté de constituer.

La malade n'a pas accepté cette intervention. J'ai su qu'après m'avoir consulté elle est allée trouver un autre chirurgien qui, après avoir enlevé les ovaires, a procédé à la réfection d'un vagin. Cette opération a donné d'excellents résultats ; mais je persiste à penser que l'on aurait pu faire tout aussi bien en lui conservant ses ovaires, qui continuaient à bien fonctionner.

Si l'on compare ces opérations plastiques à celles qui se proposent de créer un vagin artificiel par la méthode primitive de Dupuytren, on doit reconnaître que la supériorité leur appartient. Les résultats définitifs sont bien plus encourageants et la rétraction, si elle se fait, se produit en tout cas d'une façon beaucoup plus lente.

Néanmoins, il ne faut pas se dissimuler qu'ici aussi on ne doit pas porter, au point de vue du fonctionnement du néo-vagin, un pronostic trop optimiste. En effet, ainsi que le fait justement remarquer M. Picqué, que l'on emploie

la greffe simple ou le lambeau véritable, l'angle dièdre, qui forme le fond de la cavité, est le siège d'un travail cicatriciel qui a la plus grande tendance à refouler le lambeau en dehors et à combler peu à peu la cavité, même lorsque le lambeau ou la greffe sont fixés directement sur cet angle.

Il est évident que le tissu cicatriciel très dense qui forme cet angle doit avoir de grandes difficultés à adhérer à la face cruentée du lambeau, et si cette adhérence n'est pas intime, le refoulement du lambeau est fatal.

Malgré cet inconvénient assez sérieux, nous pensons cependant que les procédés autoplastiques, tel que nous venons de l'indiquer, constituent, à l'heure actuelle, les opérations de choix, lorsqu'il s'agit de refaire un vagin artificiel.

Il nous reste à dire quelques mots, en terminant, de tentatives qu'on doit considérer comme tout à fait exceptionnelles : je veux parler de l'hétéroplastie et du procédé de Snéguireff.

F. **Procédés par hétéroplastie.** — Küstner (1) qui est d'une manière générale partisan de l'autoplastie et des transplantations, conseille de diviser les petites lèvres de leur base jusqu'à leur insertion postérieure, de les disséquer, de les déplier, puis de les réunir devant la vulve en un sac qu'on introduit dans le fond du canal vaginal. Mais parfois, dit-il, ce procédé est inapplicable. Il faut alors chercher autre chose. C'est ainsi que, dans un cas, il a obtenu un bon résultat, en greffant sur les parois du vagin cruenté, la muqueuse intestinale d'un homme, au-

(1) Kustner, *Verhandl. der D. Gesellsch. f. Gynäkol.* 1893.

quel il venait de réséquer une anse pour plaie pénétrante de l'abdomen, Héliodore de Swiecicki a utilisé la muqueuse intestinale du lapin. Ce sont là des tentatives encore isolées, sur l'importance et l'utilité desquelles il est actuellement impossible de se prononcer.

Notre thèse était déjà à l'impression lorsque nous avons eu connaissance d'un procédé récemment mis en pratique par Mackenrodt (1). Ce chirurgien a réussi à refaire un nouveau vagin, en greffant des lambeaux de muqueuse vaginale empruntés à des femmes qu'il venait d'opérer pour un prolapsus génital. Voici le manuel opératoire qu'il a adopté :

Après avoir pratiqué, à l'aide de ciseaux, une première incision portant exactement sur l'interstice des cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale accolées, il pénétrait de plus en plus profondément en divisant les tissus avec les doigts ou au moyen d'instruments mousses, et en évitant soigneusement de perforer ces cloisons, jusqu'à ce qu'il eût mis à nu le col utérin. Il ouvrait et dilatait ensuite l'orifice cervical atrésié. La plaie cavitaire ainsi créée était tamponnée avec de la gaze iodoformée, et le tampon était renouvelé tous les deux jours. Lorsque cette plaie commençait à bourgeonner activement, on procédait aux transplantations de muqueuse vaginale. C'est à ce moment que l'on pratiquait l'opération du prolapsus chez la femme appelée à fournir la muqueuse nécessaire à cette greffe. Les lambeaux étaient taillés de façon à comprendre le moins possible de tissu sous-muqueux ; on les pliait en double, les surfaces cruentées étant mises en contact l'une avec l'autre, puis on les plaçait dans des récipients stérilisés et maintenus à la température du corps.

Dès que la colporrhaphie était terminée, on passait à la transplantation. Le conduit artificiel destiné à former la future cavité vaginale ayant été bien distendu, on l'aseptisait, on l'asséchait et on y appliquait

(1) Mackenrodt. *Semaine médic.*, 1896, n° 28, page CX.

l'un après l'autre, en les étalant bien soigneusement, les lambeaux de muqueuse vaginale. Enfin, pour les maintenir fixés, on tamponnait le nouveau vagin avec de la gaze iodoformée et on laissait le tampon à demeure pendant une dizaine de jours, durant lesquels la patiente devait rester immobile dans son lit.

Mais, à côté de cette méthode, il en est une autre qui consiste à pratiquer la transplantation de toute la muqueuse vaginale en bloc. Pour ce faire, les lambeaux sont appliqués et cousus ensemble en forme de tube, la surface épithéliale tournée en dedans, sur un spéculum de Cusco stérilisé, chauffé et tenu à moitié ouvert. On a soin de laisser entre les lambeaux de petits interstices pour l'écoulement des produits de sécrétion. En outre, à la partie supérieure de ce cylindre épithélial, on dispose quelques fils de soie en anse, afin de pouvoir retirer le spéculum du vagin en y abandonnant le tube épithélial.

Ayant introduit le spéculum ainsi enveloppé dans sa gaine muqueuse, on tamponne, au moyen d'une longue lanière de gaze iodoformée, la cavité au fur et à mesure qu'on extrait l'instrument. Ce tampon est retiré au bout de huit à dix jours. Quant aux fils, on les enlève trois semaines après et même plus tard. Si l'un des lambeaux muqueux se mortifie, on procède, pour le remplacer, à une nouvelle greffe partielle.

Les lambeaux transplantés ont d'abord présenté, à la suite des deux opérations pratiquées par M. Mackenrodt, une teinte grisâtre, mais au bout de deux semaines, ils avaient pris un aspect parfaitement normal ; aucune desquamation épithéliale ne s'était produite.

G. **Procédé de Snéguireff.** — Voici ce procédé, tel que le chirurgien de Moscou l'a décrit dans le fait, dans lequel il a eu l'idée de le mettre en œuvre.

Observation XXXII. — *Etablissement d'un vagin et d'une vulve aux dépens de l'anus et de la partie inférieure du rectum,* — Snéguireff (1).

Femme âgée de 17 ans, mariée à 16 ans ; jamais réglée, présentant

(1) Snéguireff, *Archiv. de Tocologie*, 1892, p. 568.

de temps à autre des signes de molimen menstruel. Le coït ne put jamais être pratiqué. La femme se trouvait dans un état moral pitoyable ; elle était allée jusqu'à essayer de se transpercer la région vulvaire avec un poinçon.

Entrée le 20 octobre 1891. Bien constituée. Organes génitaux externes normaux. Le rectum est accolé à la vessie sur une longueur de trois pouces. Absence complète d'utérus et des annexes.

Opération. — 1er Temps le 16 octobre 1891. — La malade est couchée sur le côté droit. Les cuisses fléchies et attirées vers l'abdomen. L'incision de la peau et des tissus sous-jacents fut faite le long du bord de la partie inférieure du sacrum et le long du coccyx jusqu'au bord postérieur de l'anus. Résection du coccyx à travers cette incision. A l'aide du doigt, on sépare le rectum du coccyx ; puis l'intestin est décollé des parties environnantes, entre autres de la vessie sur une étendue de trois pouces à partir de l'anus. L'intestin, attiré avec les doigts dans la plaie, est sectionné entre deux ligatures ; l'ouverture supérieure du segment inférieur de l'intestin est fermée au moyen d'une suture continue, appliquée de façon que la muqueuse regardât partout en dedans. Ainsi fut formé le cul-de-sac ou la cupule du nouveau vagin. Le segment supérieur du rectum fut séparé de la vessie et des parties ambiantes, puis attiré en bas et suturé à l'endroit du coccyx réséqué. Il se trouvait ainsi entouré des fibres du releveur pouvant aider à l'action du troisième sphincter anal.

2e Temps pratiqué 15 jours plus tard. Formation opératoire de la fente vulvaire, exécutée de la façon suivante :

La malade étant dans la position de la taille, avec le bistouri introduit dans l'orifice du ci-devant anus, Snéguireff pratique, à travers toute l'épaisseur de l'anneau anal, une incision qui se prolonge jusqu'au bord inférieur de l'urèthre et réunit ensuite la muqueuse rectale aux parties avoisinantes au moyen d'une suture continue. De cette façon, l'orifice circulaire de l'anus a été transformé en une fente longitudinale, entourée par les petites lèvres et présentant une ressemblance frappante avec l'orifice normal du vagin.

Que faut-il penser d'abord de cette opération de Snégui-

reff à laquelle son auteur a donné le nom de restitution du vagin par transplantation de l'anus et du rectum ? Nous ne contesterons pas, tant s'en faut, qu'elle soit fort ingénieuse ; mais elle nous semble tout à fait irrationnelle. C'est à notre avis s'exagérer singulièrement le rôle physiologique du sphincter tertius, c'est-à-dire de ce muscle auquel nous donnons en France le nom de sphincter supérieur de Nélaton que de penser qu'il soit capable de suppléer le véritable appareil sphinctérien. Il doit presque à coup sûr survenir de l'incontinence sinon des matières solides, du moins des gaz. Sans compter que ce nouveau vagin doit permettre difficilement le coït, en admettant même que celui-ci soit possible, avons-nous le droit d'établir ainsi un anus contre nature avec toutes ses conséquences ? C'est tomber de Charybde en Scylla, d'un mal dans un pire et nous ne voudrions conseiller à personne d'imiter la conduite de Snéguireff.

CONCLUSIONS

I. — Les absences congénitales du vagin sont totales ou partielles. Tandis que les premières coïncident à peu près toujours avec un défaut dans l'évolution de l'utérus, on trouve, en général, dans les secondes, un appareil génital profond bien développé.

II. — Au point de vue symptomatique, il faut distinguer trois catégories de faits :

a) Ceux dans lesquels l'absence du vagin se complique d'accidents de rétention menstruelle et de l'apparition d'une poche sanguine, hématocolpos, hématomètre, hématosalpingite.

b) Ceux dans lesquels le vice de conformation ne s'accompagne que de phénomènes de molimen menstruel, sans coexistence d'une poche sanguine.

c) Enfin ceux dans lesquels l'anomalie vaginale ne constitue qu'une difformité et une infirmité sexuelle et ne donne pas lieu en général à des troubles fonctionnels sérieux.

III. — La création d'un vagin artificiel constitue, tantôt une intervention de nécessité, tantôt une opération de complaisance. Les procédés, qui cherchent à restaurer le canal par une opération autoplastique, sont actuellement ceux auxquels on doit, dans la mesure du possible, donner la préférence ; car ils mettent le mieux à l'abri des rétractions cicatricielles. Néanmoins, même avec les perfec-

tionnements de la technique actuelle, les résultats définitifs sont souvent très précaires.

L orsqu'il existe un soupçon d'utérus, on devra conduire le travail d'approche jusqu'à ce qu'on soit arrivé à son contact ; si l'on échoue, on peut, ainsi que l'a fait M. Gérard Marchant, rechercher la matrice par la voie hypogastrique et essayer de la fixer à demeure au fond du néo-vagin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albertin. — Absence de vagin et d'utérus. Création d'un vagin artificiel. *Province méd.*, 1893, p. 160.

Altman. — *Contribution à l'étude de la rétention des règles par suite de l'oblitération congénitale du vagin et de son traitement.* Thèse de Paris, 1894.

Azema. — Absence complète du vagin. Imperméabilité du col de l'utérus. Création d'un vagin et d'un orifice utérin artificiels. *Annales de gynécologie*, mars 1893, p. 214.

Baudry. — *De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin.* Thèse de Bordeaux, 1893-94, n° 50.

Bonnecaze. — *Trait. chir. des imperforations congénitales du vagin.* Thèse de Paris, 1872.

Balin. — Absence complète du vagin. *Wratch*, St-Pétersbourg, 1888, p. 623.

Boursier. — Absence congénitale du vagin et des annexes gauches. Castration. *Bull. méd.*, 1892, p. 1255.

Binaud. — Absence totale du vagin et de l'utérus. Création d'un vagin artificiel, in thèse Baudry (obs. XII, p. 44).

Bernutz. — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 50.

Breisky.— Die Krank. der Vagina in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 60, p. 14.

Cruveilhier. — *Anatomie pathologique du corps humain*, 1849, I, p. 295.

Currier. — Absence congénitale du vagin. Castration. Création d'un vagin. *New-York J. of gynecol. and obst.*, 1893, III, p. 1086, 88.

Da Costa. — Absence du vagin. Hématomètre. Création d'un vagin. *Med. News*, Philadelphie, septembre 1894, p. 269.

Campbell. — Absence du vagin. *Journ. of anat. and physiolog.*, 1885-86, XX, p. 693.

Debierre. — *Vices de conformation des organes génitaux de la femme.*

Demons. — Absence congénitale du vagin. Création d'un artificiel. *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1884, th. Baudry, p. 21.

Decio. — Un cas d'hématosalpinx avec hématomètre par absence congénitale du vagin. *Atti della associazione medica Lombarda*, janvier-février 1896.

Dolbeau. — Absence congénitale du vagin. Création d'un artificiel. Guérison. *Gaz. hôp.*, 1866, p. 333.

— De la création d'un vagin artificiel et des suites éloignées de cette opération. *Bull. de thérap.*, 1874, I, p. 97.

Delagénière (H.) (du Mans). — Malformation congénitale, ectopie des ovaires, absence d'utérus et du vagin ; phénomènes de congestion supplémentaire. Laparotomie, ablation des ovaires. Création d'un vagin. Guérison. *Congrès français de chir.*, 1891, p. 346.

Dixon. — Absence du vagin. *Medical News*, 1888, p. 200.

Dylenfurth. — Absence du vagin. *Centralbl. f. Gynækol.*, 1884, n° 25.

Ellis. — Absence du vagin. Création d'un vagin artificiel. *New York Med. Record*, 1890, tome 38, p. 492.

Emmet. — *La pratique des maladies des femmes.* Trad. franç., 1887, p. 170.

Fulton. — Absence congénitale du vagin. Création d'un artificiel. *Americ. Journ. of obst.*, septembre 1892, p. 331.

Follin et Duplay. — *Traité de pathol. ext.*, t. VII, p. 560.

Le Fort. — *Précis de médecine opératoire*, 9e édit., tome II, p. 698.

Le Fort (L.). — *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin.* Thèse d'agrégation en chir., Paris, 1863.

Fehling. — Absence du vagin. *Med. Corespondbl. des Würtemb. ærztl. Vereins.*, 1886, p. 21.

Flammarion. — Absence congénitale du vagin. Imperforation du col. Mort par septicémie. *Gaz. de gynécol.*, 1er décembre 1886.

Fritsch. — *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*, 1884, p. 165.

Frank. — *Zeitsch. f. Geburtsh. et Gynæcol.*, 1891, XVII.

Grandin. — Absence de vagin. Création d'un artificiel. *Americ. J. of obst.*, mai 1896 et *Centralbl. f. Gynækol.*, 1895, p. 1283.

Gaillard-Thomas. — *Traité des maladies des femmes*, p. 142.

Goy. — *De l'absence congénitale du vagin et de son traitement.* Thèse de Paris, 1894, n° 25.

Gooding. — Un cas d'imperforation du vagin chez une femme mariée, la menstruation s'effectuant par l'urèthre. *The Lancet*, 22 mars 1879, I, p. 430.

Hegar et **Kaltenbach.** — *Traité de gynécol. opérat.*, p. 475.

Husband. — Atresia vaginae. *Brit. med. journ.*, 1879, 13 déc., p. 937.

Heilbrunn. — Absence du vagin. *Centralbl. f. Gynækol.*, 1887, n° 37, p. 760.

Heitzmann. — Atrésie congénitale du vagin. *Wien. med. Presse*, 1884, p. 367.

Küssmaul. — *Mangel der Gebærmutter.* Inaug. Dissert., Wurzbourg, 1859.

Klob. — *Pathologie anat. der weibl. Sexualorgane.*

Kleinwæchter. — *Zeits. f. Geburt. Gynækol.*, 1885.

Lund. — *Norsk. Magaz. f. Lægevid.*, 1889, 48 arg., p. 902.

Lanelongue et Faguet (de Bordeaux). — Absence de vagin, d'utérus. Création d'un vagin artificiel. *Bullet. de la Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 1889, et th. Baudry, p. 22.

Loreta. — *Un caso di mancanza congenita della vagina.* Bologna, 1885.

Mollière. — Absence congénitale du vagin. Création d'un artificiel. *Lyon méd.*, 1879-80, XXXII, p. 451.

More-Madden. — Absence de vagin. Création d'un artificiel. *Lancet*, 1890, I, p. 236 et 290.

Nicaise. — Absence du vagin. *Arch. de tocologie*, 1876, p. 181.

Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 2e édit., p. 1110.

Picqué. — In *Encyclopédie int. de chirurgie*, tome VII, p. 731.

— Absence congénitale du vagin. Création d'un conduit vaginal artificiel, guérison. *Annales de gynécol.*, février 1890, p. 124.

Polaillon. — Absence complète du vagin. Douleurs menstruelles périodiques. Création d'un vagin artificiel. *Bull. de la Société de chirurg.*, 29 mars 1887. *Gaz. méd. de Paris*, n° 15, p. 169.

Riedinger. — Atrésie étendue du vagin. Hématomètre. Opérations multiples. *Wien. med. Wochenschrift*, 1886, nos 46 et 47.

Roux (de Lausanne). — Vice de conformation par aberration inguinale des deux moitiés utérines. Cure radicale. Création d'un vagin artificiel. *Compte rendu du Congrès français de chir.*, 1891, p. 497.

Rossignol. — *De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus.* Thèse de Paris, 1890.

Rymenkiewicz. — Absence du vagin. *Centralbl. f. Gynækol.*, 1889, p. 137.

Reeve.— Absence complète du vagin avec atrésie de l'utérus. Création d'un vagin. *Med. News*, 1884, p. 441.

Schlesinger. — Absence du vagin. Colpoplastie. *Arch. f. Gynækol.*, 1886, tome 29, p. 341.

Schrœder. — *Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane.*

Schwartz. — Hernies inguinales des deux canaux de Müller, cure radicale. Absence totale de vagin. Vagin artificiel. *Congrès de chir.*, 1892, p. 437.

Segond. — Absence du vagin. Création d'un artificiel. *Bull. de la Société de chir.*, 1895, XXI, p. 642.

Sokoloff. — Absence du vagin. *Annales de gynécol.*, 1890, XXXIII, p. 47.

Snéguireff. — Établissement d'un vagin et d'une vulve aux dépens de l'anus et de la partie inférieure du rectum. *Arch. de tocologie*, 1892, p. 568.

Sylvestre. — Anomalies congénitales du vagin. *Revue médico-pharmaceut. Constant*, 1892.

Tédenat. — Absence du vagin. Création d'un artificiel. *Nouveau Montpellier médical*, 1893, II, p. 416.

Tuffier. — *Bull. de la Société de chir.*, 1895. Absence du vagin, p. 645.

Tillaux. — *Chirurgie clinique*, 2e édit., II, p. 580.

— Absence du vagin. L'utérus s'ouvre directement à l'extérieur. *Gaz. des hôpitaux*, 1877, p. 666.

Villar (de Bordeaux). — Absence complète du vagin. Création d'un artificiel. In thèse de Baudry, 1893-94 et Rapport de Picqué, in *Bull. de la Société de chir.*, 1895, XXI, p. 636.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

CHAPITRE I. — **Définition. — Limitation du sujet** 9

CHAPITRE II. — **Anatomie pathologique** 18

I. — *État du vagin* 18
II. — *État des organes génitaux externes* 22
III. — *État des organes génitaux internes* 23
IV. — *État des organes urinaires* 37
V. — *Lésions concomitantes* 38

CHAPITRE III. — **Étiologie et pathogénie** 40

CHAPITRE IV. — **Symptômes et marche. — Pronostic** 45

CHAPITRE V. — **Diagnostic** 57

CHAPITRE VI. — **Traitement** 60

I. — *Absences du vagin avec phénomènes de rétention menstruelle* 61
II. — *Absences du vagin avec phénomènes de molimen menstruel* 64
III. — *Absences non compliquées du vagin* 67
IV. — *Technique de la création d'un vagin artificiel* 74

a) Incision 74
b) Refoulement 75
c) Electrolyse 75
d) Incision et décollement 77
e) Procédés autoplastiques 107
f) Procédés par hétéroplastie 123
g) Procédé de Snéguireff 125

CONCLUSIONS 129
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 131

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.

TABLE(S)
RUN INTO
GUTTER